

JANIFFER TAMMY GUSSO ZARPELON

**DOADOR EMERGENTE DO SUL: Cooperação Técnica
Internacional Prestada pelo Brasil na Área da Saúde no Governo
Lula**

Tese submetida ao Programa de Pós-
Graduação em Sociologia Política da
Universidade Federal de Santa Catarina
para a obtenção do Grau de Doutora em
Sociologia Política.

Orientadora: Prof^{ra}. Dr^a. Marcia
Grisotti.

**FLORIANÓPOLIS
2016**



Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Campus Universitário - Trindade
Caixa Postal 476
Cep: 88040-900 - Florianópolis - SC - Brasil
E-mail: ppqsp@cfh.ufsc.br

**“DOADOR EMERGENTE DO SUL: Cooperação Técnica Internacional
Prestada pelo Brasil na Área da Saúde no Governo Lula”.**

Janiffer Tammy Gusso Zarpelon

Esta tese foi julgada e aprovada em sua forma final pela
Orientadora e pelos demais membros da Banca
Examinadora, composta pelos seguintes professores.

Prof.ª Dr.ª Márcia Grisotti
(Presidente/orientadora)

Prof. Dr. Erni José Seibel
(Membro)

Prof. Dr. Fernando Dias de Ávila Pires
(Membro)

Prof.ª Dr.ª Iara Costa Leite
(Membro)

Prof.ª Dr.ª Teresa Cristina Schneider Marques
Membro

Prof. Dr. Feliciano de Sá Guimarães
(Membro/Skype)

Prof.ª Dr.ª Márcia Grisotti
Coordenadora

FLORIANÓPOLIS, (SC), MARÇO DE 2016.

Z36 ZARPELON, Janiffer Tammy Gusso.

Doador Emergente do Sul: Cooperação Técnica Internacional
Prestada pelo Brasil na Área da Saúde no Governo Lula/
Janiffer Tammy Gusso Zarpelon. – Florianópolis, 2016.

292 f. : il. ; 14,81cm21cm.

Tese (Doutorado em Sociologia Política)– Universidade
Federal de Santa Catarina, 2016.

Bibliografia: f. 245-278.

1. Cooperação Técnica Internacional. 2. Governo Lula. 3.
Saúde. I. Título.

CDU
320

Catálogo na fonte elaborada por Marcelo Cavaglieri CRB 14/1094

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus por me amparar nos momentos mais difíceis, dando-me força e perseverança para superar as angústias e dificuldades, mostrando o caminho para prosseguir nessa jornada.

Agradeço carinhosamente à Professora Dra. Márcia Grisotti por sua atenção, dedicação, orientação e suporte para a realização da presente pesquisa.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-graduação em Sociologia Política da Universidade Federal de Santa Catarina, que muito contribuíram para minha formação no campo de estudo da sociologia política bem como para o desenvolvimento desta tese. Em especial, gostaríamos de destacar os professores: Alexandre Bergamo, Ricardo Silva, Erni José Seibel, Tiago Bahia Losso, Julia Guivant e a professora Elizabeth Farias da Silva.

Agradeço também ao Professor Fernando Dias de Ávila Pires, sempre atencioso em compartilhar seu vasto conhecimento sobre a área da saúde pública no Brasil, bem como suas valiosas contribuições e sugestões para o desenvolvimento de minha tese.

Gostaria agradecer também ao amigo e, eterno professor, Alexsandro Eugênio Pereira, por suas sugestões em relação à estrutura do presente trabalho.

Meus agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento de meus estudos tanto no Brasil como no doutorado sanduíche realizado na Universidade de Coimbra, Portugal.

Agradeço também aos professores e colegas do Núcleo de Ecologia Humana e Sociologia Humana da Saúde (ECOS) da UFSC, que apesar da distância e ausência, por não residir em Florianópolis, quando pude participar das discussões do núcleo, contribuíram de forma significativa para a construção do meu projeto de pesquisa e para uma percepção mais crítica do campo da saúde no Brasil.

Meus sinceros agradecimentos à Professora Paula Duarte Lopes, do Programa de Pós-graduação em Política Internacional e Resolução de Conflitos do Centro de Estudos Sociais (CES) – Laboratório Associado da Universidade de Coimbra, por aceitar ser minha co-orientadora no período do meu doutorado sanduíche e por suas contribuições para a pesquisa deste trabalho.

Agradeço também pelo acolhimento do CES, em especial pela Doutora Alexandra Pereira, Coordenadora do Gabinete de Eventos e

Comunicação do CES, por seu profissionalismo, prontidão e auxílio durante o período em que estive fazendo meu doutorado sanduíche em Coimbra (Portugal).

Gostaria também de manifestar meus agradecimentos aos assessores da CPLP que disponibilizaram acesso à vários materiais bibliográficos fundamentais para a presente pesquisa e, em especial, à Sandra Pires pela concessão da entrevista para o presente trabalho.

Também meus agradecimentos à Deolinda Rugeiro Cruz, Coordenadora do Gabinete de Cooperação e Relações Externas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), pela entrevista concedida para esta pesquisa.

Aos representantes da Fiocruz por suas contribuições sobre o papel da Fiocruz no contexto da CTI brasileira na área da saúde durante o “Curso de Atualização em Políticas Públicas de Cooperação Internacional em Saúde em Perspectiva Bioética”, realizado pela Fiocruz, em março de 2013, no qual eu participei.

Aos representantes do Ministério da Saúde e da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) por fornecerem importantes dados e informações sobre a CTI brasileira na área da saúde.

Meus sinceros agradecimentos aos amigos internacionalistas, Roberta Holanda Maschietto, Jaqueline Ganzert e Feliciano de Sá Guimarães, por suas contribuições e sugestões para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos demais amigos pela paciência e amizade durante esta jornada de 5 anos de reclusão, angústias, mas também de realizações e felicidades.

Em especial, quero agradecer a minha família que sempre esteve ao meu lado nos momentos de alegrias e angústias, sempre dando apoio e força para seguir em frente. Mãe e Pai, muito obrigada por estarem presentes sempre na minha vida, vocês são a minha fortaleza.

Agradeço também ao meu amigo, namorado, marido Rafael Pons Reis, pela força, paciência e auxílio ao longo desta jornada. Muito obrigada por fazer parte da minha vida.

“A pluralidade é a condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir.”

HANNAH ARENDT

RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar as práticas do Brasil como doador de Cooperação Técnica Internacional (CTI) em saúde aos países em desenvolvimento, buscando averiguar os aspectos que contribuíram para a intensificação e a cristalização do país como doador emergente do Sul. Se o aumento da doação de CTI em saúde passa a ocorrer no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), partimos da premissa de que a expansão destas ações incidiu na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, sendo o foco da presente pesquisa. Dessa maneira, o presente trabalho destaca as diretrizes e as ações do Brasil relacionadas à CTI em saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula, procurando identificar as motivações para as decisões relacionados a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) na área da saúde e assim para o estabelecimento de determinados projetos; os principais países receptores; os atores envolvidos no planejamento dessa agenda; as áreas destes projetos; e quais os projetos que mais se destacaram nessa doação. A principal hipótese que norteou a pesquisa foi que: o protagonismo do Brasil como doador de CTI em saúde no governo Lula não ocorreu apenas pela alteração da estratégia da PEB, mas por diversos fatores, tais como: i) a percepção dos atores envolvidos na formulação da agenda externa brasileira sobre a relevância da área da saúde; ii) a capacidade da *expertise* brasileira na área da saúde; iii) a conjuntura econômica, tanto no nível doméstico como internacional; iv) o aumento da relevância da saúde no ambiente internacional; v) a percepção no governo Lula acerca do *status* do Brasil em ser uma potência média, chamada a partir do século XXI, de potência emergente, com capacidade de exercer liderança e autonomia no sistema internacional. A metodologia utilizada neste trabalho teve como base a pesquisa bibliográfica de fontes primárias como documentos oficiais do Brasil e estudos e relatórios realizados pelo governo sobre a CTI brasileira bem como fontes secundárias sobre o objeto de estudo. Constatamos que o Brasil amplia suas ações de CTI prestadas na área da saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula por diversas razões. Apesar do discurso brasileiro enfocar que a sua doação de CTI aos países do Sul teve como base a solidariedade, verificamos que a intensificação destas ações foram guiadas também por interesses econômicos e políticos por parte do Brasil.

Palavras chave: Cooperação Técnica Internacional. Brasil. Saúde. Governo Lula. *Capacity Building*

ABSTRACT

The main aim of the current research was to analyze Brazil's practices as an International Technical Cooperation (ITC) donor in health for the developing countries, searching for the aspects that contributed for the country's intensification and crystallization as a South emerging donor. If the growth of the ITC donation in health started at Fernando Henrique Cardoso (FHC) government, we assumed that these actions expansions focused on Luiz Inácio Lula da Silva's management, being therefore the focus of the current research. Thus, this study highlights Brazil's guidelines and actions related to ITC in health for the developing countries in Lula's government, trying to identify the motivations for the decisions regarding the International Technical Cooperation for the Developing Countries (ITCDC) in the health field and thereby the establishment of certain projects, the main receiver countries, the actors involved in this agenda planning, the areas of these projects, and which project that outstood the most in this donation. The main hypothesis that guided the research was that: the role of Brazil as ITC donor in health in Lula's government not just happen because of the strategies adjustment in Brazil's Foreign Policy (BFP), but because of several reasons, such as: i) the perception of the involved actors when making the Brazilian foreign agenda regarding the importance of the health field; ii) the ability of the Brazilian expertise in health; iii) the economic environment, in the domestic level as well as in the international level; iv) the enhance of health importance in the international environment; v) the perception in Lula's government about Brazil's status in being an average power, called from the XXI century as an emerging power, capable of exerting leadership and autonomy in the international system. The methodology used in this work was based on bibliographic research of primary sources, like Brazil's official documents and studies and reports carried out by the government about the ITC as well as secondary sources about the object of study. We noticed that Brazil expands its ITC actions in the health field for developing countries in Lula's government for several reasons. In spite of the Brazilian speech focuses that its ITC donations for the countries in the south were based on solidarity, we verified that the Brazilian economic and political interests also guided the growth of these actions.

Key-words: International Technical Cooperation. Brazil. Health. Lula Government. Capacity Building.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Configuração da Cooperação Sul-Sul.....	60
Figura 2 - Percentagem da cooperação brasileira para o desenvolvimento: comparação do destino de recursos segundo modalidades (2005-2009).....	107
Figura 3 - Gastos do governo brasileiro com a CTI prestada (2005-2010)	110
Figura 4 - Cooperação técnica: distribuição de recursos segundo áreas temáticas (2003-2010).....	111
Figura 5 - Áreas demandadas pelo continente africano no contexto da CSS.....	113
Figura 6 - Áreas demandadas na América Latina e Caribe no contexto da CSS.....	113
Figura 7 - Cooperação Técnica Multilateral por Organismo Internacional.....	139
Figura 8 - Estrutura da Unasul-Saúde	178
Figura 9 - Projetos de Cooperação por área da saúde do Brasil com a América Latina e Caribe	183
Figura 10 - Projetos e Atividades Isoladas Novas de Cooperação por Ano.....	200
Figura 11 - Projetos e Atividades Isoladas Novas e em Execução de Cooperação por Ano.....	200
Figura 12 - Comparação do PIB no governo FHC e Lula	217
Figura 13 - Exportações e Balança Comercial do Brasil.....	218
Figura 14 - As Oito Metas para o Desenvolvimento do Milênio	223
Figura 15 - Divulgação da Campanha do Zé Gotinha	232

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cooperação brasileira para o desenvolvimento: comparação do destino de recursos segundo modalidades (2005-2009)	108
Tabela 2 - Comparação dos gastos com a Cobradi (2009-2010)	109
Tabela 3 - Gastos do governo federal com a CTI por instituição	112
Tabela 4 - Projetos do Banco Mundial no Brasil na área da saúde	149
Tabela 5 - Unidades técnico científicas pertencentes a Fundação Oswaldo Cruz	169
Tabela 6 - Projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde com os países da América do Sul	180
Tabela 7 - Projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde com os países da América do Sul iniciados no governo Lula em execução atualmente	182
Tabela 8 - Projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde na África iniciados no governo Lula em execução atualmente	190
Tabela 9 - Projetos de CTI na área da saúde realizados no governo Dilma	191
Tabela 10 - Projetos de CTI prestados pelo Brasil ao Haiti	195

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC – Agência Brasileira de Cooperação
AID – Aid for International Development
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
AISA – Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde do Ministério da Saúde
ALALC – Associação Latino-Americana de Livre-Comércio
ALCA – Área de Livre Comércio das Américas
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOD – Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
BID – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BIREME – Biblioteca Regional de Medicina
BLH – Banco de Leite Humano
BM – Banco Mundial
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAL – Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CAD/OCDE – Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE
CID – Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CNAT – Comissão Nacional de Assistência Técnica
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conferências Nacionais de Saúde
COBRADI – Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional
CONTAP – Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso
CPLP – Comunidade de Países de Língua Portuguesa
CRIS – Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz
CSS – Cooperação Sul-Sul
CTI – Cooperação Técnica Internacional
CTPD – Cooperação Técnica Internacional entre Países em Desenvolvimento
CTRM – Cooperação Técnica Recebida Multilateral
DCT – Divisão de Cooperação Técnica
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública do Brasil
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz
EUA – Estados Unidos da América
FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
FHC – Fernando Henrique Cardoso
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMI – Fundo Monetário Internacional
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
FUNAG – Fundação Alexandre de Gusmão
GATT – Acordo Geral de Tarifas e Comércio
GCTH – Grupo de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS
GT-CIS – Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde
HIV – Human Immunodeficiency Virus
IAIA – Instituto de Assuntos Interamericanos
IBAS – Índia, Brasil e África do Sul
IDA – Associação Internacional de Desenvolvimento
IHMT – Higiene e Medicina Tropical de Portugal
IICA – Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPES – Instituto de Planificação Econômica e Social
ISAGS – Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde
LPI – Lei da Propriedade Industrial
MDIC – Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior
MES – Ministério da Educação e Saúde
MESP – Ministério da Educação e da Saúde Pública
MERCOSUL – Mercado Comum do Cone Sul
MRE – Ministério das Relações Exteriores
MINUSTAH – Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti
MS – Ministério da Saúde
OCDE – Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM – Objetivos do Milênio
OEA – Organização dos Estados Americanos
OI – Organização Internacional
OIG – Organização Intergovernamental
OIHP – Oficina Internacional de Higiene Pública
OMC – Organização Mundial do Comércio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OSC – Órgão de Solução de Controvérsias da OMC

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PALOPs– Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PEB – Política Externa Brasileira
PECS – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP
PIB – Produto Interno Bruto
PICE – Programa para Integração e Cooperação Econômica
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPREPS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PT – Partido dos Trabalhadores
RETS – Rede de Escolas Técnicas de Saúde
RI – Regime Internacional
RINSP – Rede de Institutos de Saúde Pública
RSI – Regulamento Sanitário Internacional
SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI – Serviço Social da Indústria
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SUBIN – Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional
SUS – Sistema Único de Saúde
TAR – Terapia Antirretroviral
TC – Termos de Cooperação
TCA – Tratado de Cooperação Amazônica
TRIPS – Acordo sobre Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
UAP – Unidade de Administração de Projetos
UE – União Europeia
UNAIDS – Programa Mundial de Aids das Nações Unidas
UNASUL – União das Nações Sul-Americanas
UNCTAD – United Nations Conference on Trade and Development
UNDP – United Nations Development Program
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
ZOPACAS – Zona e Paz e Cooperação do Atlântico Sul
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	25
1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: MODELOS TEÓRICOS, CONTEXTO HISTÓRICO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL E DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE.....	37
1.1 OS APORTES TEÓRICOS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	38
1.1.1 Idealismo Moderno	39
1.1.2 A Interdependência Complexa.....	44
1.1.3 A abordagem construtivista	49
1.1.4 Principais aportes conceituais sobre a Cooperação Internacional.....	50
1.2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO E O SURGIMENTO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL ENTRE PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	54
1.2.1 Contexto Histórico da Cooperação Sul-Sul.....	58
1.3 COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL DA SAÚDE.....	66
1.4 GOVERNANÇA GLOBAL NA ÁREA DA SAÚDE E A DIPLOMACIA DA SAÚDE	69
2 A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E O CONTEXTO HISTÓRICO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL (CTI) PRESTADA DO BRASIL AOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO: UMA BREVE ANÁLISE	73
2.1 OS PRIMEIROS PASSOS DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL PRESTADA DO BRASIL AOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	74
2.1.1 A política externa brasileira e a evolução da Cooperação Técnica Internacional prestada do Brasil aos países em desenvolvimento	78
2.2 APROXIMAÇÃO DAS RELAÇÕES COM O SUL	81
2.2.1 América do Sul	81
2.2.2 Países Africanos.....	83
2.3 AVANÇO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL BRASILEIRA NOS ANOS 1980 E	

1990: A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO	86
2.4 A RELAÇÃO DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA COM A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL DO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990.....	90
2.5 A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA NO GOVERNO LULA E O APROFUNDAMENTO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL PRESTADA PELO BRASIL AOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO	96
2.5.1 A Descentralização da Política Externa Brasileira no governo Lula	100
2.5.2 Reaproximação com os países africanos	104
2.5.3 Cooperação Técnica prestada aos países em desenvolvimento	105
3 SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL DO BRASIL COMO RECEPTOR	117
3.1 NASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O INSTITUTO PASTEUR NO BRASIL.....	118
3.2 INSTITUTO OSWALDO CRUZ.....	123
3.3 FUNDAÇÃO ROCKEFELLER NO BRASIL	125
3.4 ERA VARGAS (1930-1945): AS REFORMAS NA SAÚDE E A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA.....	131
3.4.1 O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)	135
3.5 COOPERAÇÃO TÉCNICA RECEBIDA DO EXTERIOR MULTILATERAL.....	138
3.5.1 Cooperação Técnica Recebida Multilateral da OPAS no Brasil nos anos 1970.....	141
3.5.2 Auxílio do Banco Mundial no setor de saúde brasileiro	144
3.6 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS.....	150
4 BRASIL COMO DOADOR DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	151
4.1 ATUAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM SAÚDE NO GOVERNO FHC	153
4.1.1 Cooperação técnica internacional na área da saúde no governo FHC	159
4.2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM SAÚDE NO GOVERNO LULA	162
4.2.1.1 Atuação da Fiocruz na CTI do Brasil.....	167

4.2.2 Cooperação “estruturante” em saúde	173
4.2.2.1 <i>Cooperação estruturante em saúde com a América do Sul.....</i>	176
4.2.2.2 <i>Cooperação estruturante em saúde do Brasil com a África....</i>	183
4.2.2.3 <i>Cooperação estruturante em saúde do Brasil em outras regiões.....</i>	194
4.3 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	197
5 BRASIL COMO DOADOR DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE: AS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIARAM NA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO DO PAÍS.....	203
5.1 ESTRATÉGIAS DO GOVERNO LULA E SUA DIPLOMACIA PRESIDENCIAL	204
5.2 EXPERTISE BRASILEIRA NA ÁREA DA SAÚDE.....	207
5.3 CRESCIMENTO ECONÔMICO BRASILEIRO NO GOVERNO LULA E A CONJUNTURA ECONÔMICA INTERNACIONAL.....	215
5.4 INTERDEPENDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE.....	221
5.5 RECONHECIMENTO DO BRASIL COMO POTÊNCIA MÉDIA.....	224
CONSIDERAÇÕES FINAIS	237
REFERÊNCIAS	245
ANEXO I - Gastos do governo federal com a cooperação técnica internacional, por região ou país – Cobradi (2010) (Em R\$)	279
ANEXO II - Entrevista concedida por Deolinda Rugeiro Cruz, Coordenadora do Gabinete de Cooperação e Relações Externas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical em Maio de 2014.....	282
ANEXO III - Entrevista realizada por Melina M. Campos de Lima (2012a, p. 135-141) com Luiz Eduardo Fonseca, responsável pela divisão de África do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da FIOCRUZ	284
ANEXO IV - Entrevista concedida por Sandra Pires, Assessora da Área da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) em Maio de 2014.....	290

INTRODUÇÃO

A cooperação é entendida como um processo social entre dois ou mais atores que buscam chegar a uma solução e objetivo comum por meio da colaboração, do apoio, do auxílio e da negociação. É possível afirmar que a cooperação contribuiu para a sobrevivência das civilizações, criando um elo entre as sociedades segundo o grande sociólogo Émile Durkheim.

A cooperação internacional como a conhecemos hoje, alicerçada por um conjunto de princípios, valores e regras que direcionam o comportamento dos Estados e demais atores que atuam no sistema internacional, surgiu a partir do início século XX. Em 1919, com a criação da Liga das Nações, a cooperação internacional é institucionalizada e passa a ser reconhecida instrumento importante para fomentar a paz e segurança entre as nações.

Após o fracasso da Liga das Nações e a ocorrência da Segunda Guerra Mundial, a percepção sobre a relevância da cooperação internacional é retomada com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945. A partir de então, além dos temas de paz e guerra, a cooperação internacional passa a assumir outras importantes áreas, tais como: saúde, direitos humanos, transferência de tecnologia, desenvolvimento, meio ambiente.

A Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) foi formalmente instituída pela Resolução nº 200, de 1948, da Assembleia Geral da ONU, caracterizada por três modalidades: i) a Cooperação Financeira; ii) a Assistência Alimentar, conhecida hoje pelo termo Assistência Humanitária; e iii) a Assistência Técnica, conhecida pelo termo Cooperação Técnica Internacional (CTI) (PUENTE, 2010; CONDE, 1990). A CID pode ser entendida como o conjunto das ações executadas por países desenvolvidos e em desenvolvimento (emergentes), organizações internacionais, instituições burocráticas nacionais e privadas, que visam promover o crescimento econômico e social dos países em desenvolvimento de forma mais justa, equilibrada, sustentável e duradoura (SANCHEZ, 2002).

Apesar da CID ter sido institucionalizada após a criação da ONU, a mesma não é um fenômeno recente nas relações internacionais. São vários os exemplos de projetos internacionais realizados por parte de alguns países desenvolvidos aos países em desenvolvimento antes de 1945. No entanto, essas atividades foram realizadas de forma temporária, motivadas a partir de interesses e preferências específicas por parte dos

países doadores de cooperação. Com a institucionalização, as ações de CID passaram a ter um caráter multilateral e guiadas por um conjunto de normas e regras, de forma regular, tendo a participação não apenas de países mas também de organizações internacionais.

Importante ressaltar que a institucionalização da CID não fez com que os países abdicassem em defender seus interesses nacionais na realização da CID (MILANI, 2014). Tanto que a mesma em seu início era denominada de Ajuda ou de Assistência ao Desenvolvimento (AOD), realizada principalmente por países desenvolvidos e organizações internacionais aos países devastados pela Segunda Guerra Mundial e aos países em desenvolvimento. Essas ações tiveram como objetivo primeiramente prover um ordenamento ao sistema internacional e reconstruir os países afetados pela Segunda Guerra Mundial, a fim de evitar outra depressão global e, assim, criar condições para a segurança econômica e social. Após a reconstrução da Europa, os projetos voltaram-se para o desenvolvimento dos países da América Latina e Ásia.

No entanto, já na década de 1950 passa a aparecer as primeiras críticas por parte dos países em desenvolvimento, ou do Sul, quanto a essa cooperação no qual retratam que essas ações eram desiguais e verticais, caracterizadas por um caráter assistencialista, que deixava o país receptor submisso aos interesses do país doador. Segundo Browne (2006), essas atividades não foram determinadas pelas carências ou preferências por parte dos países receptores, mas pelo discernimento dos países e dos peritos dos países doadores, que geravam a manutenção da dependência dos países em desenvolvimento em relação aos países desenvolvidos.

Nos anos 1960, a própria ONU¹ deixa de usar o termo “assistência técnica” e passa a chamar de “cooperação técnica”, a fim de destacar a busca por uma cooperação que possibilite a melhora do desenvolvimento dos países receptores.

Na década de 1970, os países do Sul buscaram se inserir no contexto da CID, mais especificamente chamada de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), identificada pelos mesmos como mais horizontal e igualitária do que a cooperação Norte-Sul. A institucionalização da CTPD ocorreu com a criação, em 1974, da Unidade Especial para CTPD do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Buscando ordenar as ações de CTPD, foi realizada a Conferência das Nações Unidas sobre a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, em 1978, na qual estabeleceu as

¹ Resolução 1383, XIV da Assembleia Geral da ONU.

principais diretrizes para esta cooperação, chamada de Plano de Ação de Buenos Aires.

O Brasil inicia suas primeiras ações como prestador de CTI a partir da década de 1970, assinando diversos Acordos Gerais de Cooperação Técnica com os países da América Latina e da África. Tradicionalmente caracterizado como país receptor, o Brasil, ao ganhar credibilidade internacional a partir dos resultados positivos alcançados no recebimento de CTI, passa a enrobustecer diversas instituições públicas nacionais e moderniza seu setor produtivo, tornando-se um país de renda média.

Nos anos 1980, passa haver uma maior demanda de projetos de CTI prestada do Brasil por parte dos países em desenvolvimento, devido as restrições e ao aumento do protecionismo por parte dos países desenvolvidos. Dessa forma, foi criada em 1987 a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), subordinada ao Ministério das Relações Exteriores, para tratar tanto da cooperação internacional recebida como prestada pelo Brasil.

No entanto, mesmo com a criação da ABC, com a escassez de recursos tanto por parte dos organismos internacionais que passaram priorizar projetos relacionados a melhora da pobreza dos países em desenvolvimento como por parte do governo brasileiro que fora afetado duramente pela crise internacional neste período, o Brasil não conseguiu avançar como doador de CTI aos países em desenvolvimento. Como consequência, os projetos realizados pelo Brasil neste período se deram de forma desordenada, sem uma estratégia específica, priorizando a cooperação técnica internacional recebida (ABC, 2007a). Cervo (1994, p. 61) destaca que “o país não formulou uma política de cooperação técnica em favor dos países atrasados e sua precária atuação a tal respeito não pode se qualificar senão de decepcionante”.

O avanço do Brasil como doador de CTI aos países em desenvolvimento ocorreu no final dos anos 1990 e início do século XXI. Este período foi caracterizado pelo governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), que direcionou a política externa brasileira na busca por melhorar a imagem internacional do país, na inserção do Brasil aos principais regimes internacionais e no estreitamento das relações com os países desenvolvidos, principalmente com os Estados Unidos. Tais diretrizes da PEB são entendidas por Vigevani e Cepaluni (2007; 2011) pelo termo “autonomia pela participação”, isto é, o referido governo entendia que a maior participação do Brasil na construção das normas e regras internacionais poderia contribuir para a consecução do interesse nacional.

Em face das crises financeiras e dos variados constrangimentos externos que marcaram as relações internacionais no final da década de 1990, o Brasil passa a estreitar relações com os principais países emergentes - Índia, Rússia e China - e com os países lusófonos do continente africano - Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, São Tomé e Príncipe e Cabo Verde. A partir do destaque do governo brasileiro no controle e na prevenção da HIV/Aids, no qual passa a defender a possibilidade do uso da licença compulsória para os medicamentos antirretrovirais, o país passa a ser demandado por projetos de CTI na área da saúde, inicialmente focando o tema citado acima, mas depois em outras áreas da saúde.

As diretrizes da PEB no governo Lula tiveram como base a diversificação tanto dos temas da agenda internacional do país como de seus parceiros estratégicos, entendida por Vigevani e Cepaluni (2007; 2011) pelo termo "autonomia pela diversificação". Priorizando a Cooperação Sul-Sul, entendida no referido governo como mais justa e igualitária, buscou-se liderar diversas agendas internacionais como a Rodada de Doha da OMC, a reforma do Conselho de Segurança na ONU, a mediação do acordo nuclear iraniano, entre outros.

Com base nesse enfoque, o governo Lula passa a destacar que a cooperação técnica é uma importante ferramenta que fomenta:

[...] o desenvolvimento, promovendo a capacitação humana e institucional e levando a mudanças estruturais na realidade socioeconômica dos países aos quais se destinam. São exemplos de atividades de cooperação técnica a transferência ou o compartilhamento de conhecimentos, experiências e boas práticas entre Governos – bilateralmente ou por meio de organização internacional –, em bases não comerciais (BRASIL, 2012b).

A CTI prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento no governo Lula teve como base o discurso da solidariedade, ou seja, livre de condicionalidades e interesses econômicos, guiada por uma prática horizontal e equitativa, com o objetivo de contribuir para a autonomia do conhecimento técnico dos países receptores, e assim melhorar o desenvolvimento dos mesmos. Os principais receptores destas cooperações técnicas brasileiras foram os países da América do Sul e da África Lusófona. No entanto, o Brasil realizou projetos de CTI também

com os países da América Central e Caribe, da África anglófona e francófona, Ásia e Oceania (particularmente Timor Leste).

Com a intensificação da doação de CTI aos países em desenvolvimento no governo Lula, o Brasil passa a ser visto como o “novo doador” do Sul, sendo uma das áreas de destaque destas ações a saúde. Conforme destacado por Roa e Silva (2005), as iniciativas de CTI prestadas pelo Brasil na área da saúde no governo FHC ocorreram na primeira fase caracterizada pelo aumento da demanda por parte dos países em desenvolvimento por projetos de cooperação brasileira em saúde, incrementando assim as ações do país nesse contexto. Na segunda fase, caracterizada a partir de 2005, ocorre o aprofundamento destas ações, no qual a saúde é inserida como tema estratégico para a política externa brasileira permitindo que este tema tivesse maior destaque e autonomia.

Desta forma, conforme Hisrt (2012, p. 11), a saúde passa a ser uma das “estrelas” da cooperação Sul-Sul brasileira, juntamente com a agricultura e a educação. A gestão Lula destacou que a cooperação prestada na área da saúde foi realizada de forma “estruturante”, ou seja, com o objetivo de criar a “construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde” (ALMEIDA et al., 2010, p. 28).

Os principais temas dos projetos de CTI prestados pelo Brasil na área da saúde no governo Lula foram: controle e prevenção de doenças como o HIV/Aids, DST, Febre Amarela, Dengue, Malária, Chagas, entre outras; criação de Bancos de Leite Humano contra a mortalidade infantil; programas de imunizações; vigilância ambiental e epidemiológica; capacitação de recursos humanos em saúde; fortalecimento e institucionalização de institutos nacionais de saúde, entre outros temas (ABC, 2007a; IPEA/ABC, 2010; 2013; MS/AISA, 2010; 2013).

Com o aumento das ações do Brasil como doador de CTI em saúde aos países em desenvolvimento, verificou-se a relevância de analisar os fatores que contribuíram para esta intensificação. Desta forma, seria possível afirmarmos que tal mudança foi possível dada a alteração da ênfase da PEB quanto a saúde e a CTI prestada pelo país no governo Lula, no contexto da busca da autonomia pela diversificação?

Outro ponto que instigou a presente pesquisa, é que apesar da cooperação internacional pressupor a sintonia das relações internacionais, que segundo Keohane (1984) é definida como um processo de coordenação de políticas que visa chegar a resultados comuns, por outro

lado, a mesma pode ser orientada por uma teia de interesses que resultam em condicionalidades na formulação e execução de projetos, cujos efeitos nem sempre conduzem à superação das formas tradicionais do interesse nacional de cada país, podendo gerar resultados nem sempre positivos para ambos os lados.

Assim, a cooperação internacional, seja a tradicional (Norte-Sul) ou entre os países em desenvolvimento (Sul-Sul), pode ser muito mais complexa do que parece ser. De acordo com Rowland (2008), as origens históricas de ajuda ao desenvolvimento são semelhantes entre os doadores tradicionais e os emergentes. Os interesses se diferenciam na medida em que os países vivem em circunstâncias diversas, assim possuem objetivos e metas distintas.

Apesar do discurso brasileiro no governo Lula destacar que suas ações de CTI prestada aos países em desenvolvimento se basearam na solidariedade, houve um aumento das relações comerciais do Brasil aos países receptores da CTI prestada pelo país bem como o apoio político por parte de alguns dos mesmos no contexto da liderança brasileira nos fóruns multilaterais. Desta forma, indagamos se a CTI prestada pelo Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento foi realizada com base na solidariedade ou se houve interesses econômicos e políticos por parte do governo brasileiro nestas ações?

Colocamos que o governo Lula ao intensificar suas ações de CTI prestada aos países do Sul, teve como um dos objetivos ampliar seu *soft power* (poder brando), termo desenvolvido por Joseph Nye, que significa o poder adquirido pela capacidade do país em influenciar o comportamento de outros atores sem recorrer à coerção. Assim, este poder reside na capacidade de moldar as preferências dos atores, influenciando na agenda internacional. Por sua vez, o poder brando não significa apenas influência, mas a capacidade de persuadir, mobilizar públicos pelo argumento e, conseqüentemente, obter a aquiescência. Através do poder de atração de uma nação, diminui a necessidade de utilizar meios coercitivos para obter condutas favoráveis de seus pares e gera a cooperação com base na sintonia de interesses e ideias, orientados pelo senso de justiça de dever.

Sendo assim, as questões que nortearam a presente pesquisa foram: o que levou o país a se consolidar como doador de CTI em saúde? Quais os fatores e as razões que levaram a intensificação dos projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde? Quais foram as ações e as diretrizes tomadas pelo Brasil na área da saúde no governo Lula? De fato houve o interesse do Brasil em ampliar seu *soft power* na busca do apoio político

e da liderança nos fóruns multilaterais ou as ações de CTI prestada pelo país em saúde tiveram como base a solidariedade?

A partir das indagações acima, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar as práticas do Brasil como doador de CTI em saúde aos países em desenvolvimento, buscando averiguar os aspectos que contribuíram para a intensificação e a cristalização do país como doador emergente do Sul. Se o aumento da doação de CTI em saúde passa a ocorrer no governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), partimos da premissa de que a expansão destas ações incidiu na gestão de Luiz Inácio Lula da Silva, sendo o foco da presente pesquisa.

Dessa maneira, buscou-se averiguar neste trabalho as diretrizes e as ações governamentais brasileiras relacionadas à CTI em saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula, procurando identificar as motivações para as decisões relacionados a CTPD na área da saúde e assim para o estabelecimento de determinados projetos; os principais países receptores; os atores envolvidos no planejamento dessa agenda; as áreas destes projetos; e quais os projetos que mais se destacaram nessa doação.

Os objetivos específicos foram: analisar o crescimento da importância da cooperação técnica internacional bem como da cooperação internacional em saúde no contexto global; averiguar as diretrizes da política externa brasileira no contexto da CTPD e a evolução histórica das suas ações nesse contexto; verificar as principais contribuições da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) em saúde recebidas pelo Brasil; pesquisar as práticas da CTI em saúde prestadas pelo Brasil no governo Lula; analisar os fatores que contribuíram na intensificação das ações do Brasil como doador de CTI em saúde aos países em desenvolvimento.

As hipóteses que nortearam a presente tese foram:

- O protagonismo do Brasil como doador de CTI em saúde no governo Lula não ocorreu apenas pela alteração da estratégia da PEB, mas por diversos fatores, tais como: i) a descentralização da política externa brasileira; ii) a percepção dos atores envolvidos na formulação da agenda externa brasileira sobre a relevância da área da saúde; iii) a capacidade da *expertise* brasileira na área da saúde; iv) a conjuntura econômica, tanto no nível doméstico como internacional; v) o aumento da relevância da saúde no ambiente internacional; vi) a percepção no governo Lula acerca do *status* do Brasil em ser uma potência média, chamada a partir do século XXI, de potência emergente, com capacidade de exercer liderança e autonomia no sistema internacional;

- Apesar do discurso brasileiro no governo Lula ressaltar que as atividades de CTPD basearam-se no contexto da solidariedade e horizontalidade, livre de interesses e condicionalidades, o Brasil teve como foco ampliar seus parceiros estratégicos comerciais, bem como, aumentar seu *soft power* a fim de ampliar a projeção internacional do país, e obter o apoio político e exercer liderança nas principais discussões internacionais utilizando como discurso a defesa dos interesses dos países do Sul;

- As ações de CTI prestadas pelo Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento se caracterizaram tanto pela solidariedade, representado pela busca do país em auxiliar na autonomia e na melhora do desenvolvimento dos países receptores, tendo como foco as necessidades e as demandas destes países; como pela verticalidade, representado pelo aumento das relações comerciais do governo brasileiro com os países receptores de CTI como pelo apoio político dos mesmos na liderança brasileira no cenário internacional;

- O governo Lula creditou que o sucesso das ações de CTI prestadas pelo país na área da saúde aos países em desenvolvimento ocorreu pelo protagonismo do Brasil em ampliar o número de projetos realizados à estes países, e não com base em estudos específicos sobre os projetos implementados para verificar a sua efetividade destes projetos nos países receptores.

Com o objetivo de comprovar as hipóteses acima, a presente pesquisa teve como base as contribuições teóricas da Interdependência e da abordagem construtivista das Relações Internacionais e de aportes conceituais sobre a Cooperação Internacional (KEOHANE, 1984, 1989; AYLLÓN, 2007; MILNER, 1992; 1997; entre outros), bem como sobre a Cooperação Sul-Sul e a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (LEITE, 2011; LEITE, 2012; LOPES, 2011; PUENTE, 2010; CONDE, 1990; CERVO, 1994a; 1994b; entre outros).

Sendo a Cooperação Técnica Internacional considerada como importante instrumento da política externa, a presente pesquisa teve como base as análises de Vigevani e Cepaluni (2007; 2011). Para os autores, a busca pela autonomia, que significa o planejamento e a condução da política externa livre de constrangimentos por parte dos Estados mais poderosos, tem sido uma constante por parte do Brasil desde a década de 1970; o que tem se alterado são as diretrizes escolhidas para alcançar esta autonomia. A fim de contribuir na análise sobre a política externa brasileira no contexto da CTI prestada por parte do país aos países em desenvolvimento, foi utilizado também contribuições de autores

relevantes sobre o tema como Amado Cervo, Clodoaldo Bueno, Antônio Lessa, Celso Lafer, Clóvis Brigagão, Monica Hirst, Letícia Pinheiro, entre outros.

A metodologia utilizada nesta pesquisa teve como base a pesquisa bibliográfica de fontes primárias como documentos oficiais do Brasil sobre suas práticas de CTI na área da saúde, bem como estudos e relatórios de organizações burocráticas nacionais tais como: da Agência Brasileira de Cooperação (ABC); do Ministério das Relações Exteriores (MRE); da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA), do Ministério da Saúde (MS); e do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), da Fiocruz. Além disso foi consultado também os atos internacionais do Brasil relacionados à CTI em saúde aos países em desenvolvimento no período do governo FHC, devido à carência de pesquisas e relatórios oficiais do referido governo sobre as ações do país neste contexto.

A presente pesquisa também utilizou livros, teses, dissertações e artigos científicos sobre o tema. No entanto, cabe ressaltar que apesar da relevância do tema, são escassas as pesquisas - teses e dissertações – sobre a atuação brasileira no contexto da sua CTI prestada na área da saúde aos países em desenvolvimento. Muitos dos estudos realizados analisaram a atuação do Brasil no governo Lula de forma geral e não analisando especificamente o tema da saúde. Até o presente momento da pesquisa foi verificado no banco de dados da Capes apenas uma tese, intitulada “Cooperação Sul-Sul na área da saúde: dimensões bioéticas”, de José Francisco Nogueira Paranaguá de Santana, coordenador do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde (Nethis).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com: representante da CPLP da área da saúde; e com representante do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) no período que estive fazendo meu doutorado sanduíche pela Universidade de Coimbra, em Portugal. Foram realizadas várias tentativas para também entrevistar representantes das organizações não governamentais de Portugal, que conforme o sitio eletrônico da CPLP – Canal Saúde – faziam parte do grupo técnico da CPLP sobre a cooperação internacional na área da saúde, no entanto, os mesmos informaram por telefone ou por e-mail que estas não participavam efetivamente destas discussões e assim não concederam entrevista.

A presente pesquisa teve o intuito também de entrevistar o responsável do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz, pela atuação desta instituição na execução e na coordenação de projetos de cooperação técnica internacional na área da saúde aos países

em desenvolvimento, no entanto, o responsável pelo setor me informou que já havia sido concedido entrevista sobre as minhas indagações para um trabalho de dissertação, intitulada “Horizontalização da política externa brasileira no século XXI: um estudo das atuações da EMBRAPA e da FIOCRUZ na África”, de Melina Moreira Campos Lima, defendida em 2012, entrevista esta que fora utilizada na presente tese.

Fora também realizado perguntas informais com representantes da Fiocruz durante o “Curso de Atualização em Políticas Públicas de Cooperação Internacional em Saúde em Perspectiva Bioética”, realizado pela Fiocruz, em março de 2013.

A fim de verificar os interesses e os fatores que contribuíram na intensificação do Brasil como doador de CTI em saúde aos países em desenvolvimento, foi utilizado o discurso oficial do Brasil no governo Lula. Segundo Bourdieu (1998), o discurso é um produto suscetível às interações e à dinâmica do campo social. Assim, o que se move no contexto lingüístico não é a língua, mas discursos gerados na interação entre a estrutura social no qual foi gerado com a estrutura social de quem recebem. Desta forma, para o autor, as palavras não são neutras, as mesmas possuem um contexto simbólico sobre a construção da realidade social. Os discursos utilizados na presente pesquisa teve como base de escolha a atuação do Brasil no contexto da Cooperação Sul-Sul bem como sobre a doação do país de CTI aos países em desenvolvimento.

Importante ressaltar que a presente tese não teve como objetivo analisar a efetividade dos projetos de CTI prestados pelo Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento, no entanto, considera-se assunto relevante para futuras pesquisas. Como a maioria dos estudos desenvolvidos sobre a CTI prestada pelo Brasil na área da saúde foram desenvolvidos por instituições ligadas ao governo, a efetividade é verificada pelo aumento do número de projetos realizados pelo país. Ou pelo discurso brasileiro, considerada a partir do aumento do apoio político e das relações econômicas do país com os países receptores. Assim, constatamos grande lacuna nos estudos e relatórios realizados por parte do governo brasileiro sobre como estes projetos de CTI na área da saúde foram implementados nos países em desenvolvimento?; quais os resultados efetivos destes projetos?; estes projetos conseguiram contribuir de fato para a capacitação autônoma dos países em desenvolvimento?

A presente tese está dividida em seis capítulos. No primeiro capítulo foi descrito as contribuições teóricas que contribuíram de alguma forma para análise da presente pesquisa. Devido a especificidade da Cooperação Técnica Internacional, foi também demonstrado a evolução

sobre o entendimento desta cooperação no sistema internacional bem como a institucionalização da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). Ainda neste capítulo, foi abordado também um breve histórico da Cooperação Internacional em Saúde e o contexto da Governança Global na área da saúde.

O segundo capítulo trata sobre a evolução do Brasil como doador de CTI aos países em desenvolvimento até o governo Lula (2003-2010), bem como o histórico da institucionalização no ambiente doméstico dos órgãos responsáveis para a execução da CTI por parte do governo brasileiro.

A fim de entender como o Brasil se tornou um doador *de capacity building* na área da saúde, no terceiro capítulo destacamos as principais cooperações técnicas internacionais recebidas no Brasil na área da saúde e como as mesmas contribuíram para o fortalecimento da *expertise* brasileira em saúde.

O quarto capítulo enfoca sobre as ações do Brasil como doador emergente do Sul de CTI na área da saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula. É demonstrado também o processo de descentralização na execução dos projetos de CTI brasileiros na área da saúde.

No quinto capítulo foi analisado as variáveis domésticas e sistêmicas que contribuíram para o incremento das ações por parte do governo brasileiro como prestador de CTI na área da saúde aos países em desenvolvimento.

E por fim, no último capítulo foi discutido sobre as verificações e resultados alcançados na presente pesquisa bem como sugestões para futuras pesquisas.

1 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL: MODELOS TEÓRICOS, CONTEXTO HISTÓRICO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL E DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE

A cooperação, em seu significado etimológico, é "atuar conjuntamente com outros para conseguir um mesmo fim" (AYLLÓN, 2007, p. 40). De forma geral, cooperação significa: atuar, juntamente com outros, para um mesmo fim; colaborar; auxiliar; contribuir para um resultado comum; colaborar; entre outros significados.

No contexto sociológico a cooperação é compreendida como um processo social em que dois ou mais indivíduos ou grupos sociais agem coletivamente para chegar a um objetivo comum; nesse sentido, a cooperação pode ser entendida um instrumento importante para sustentação das sociedades. Para Emile Durkheim, a cooperação é o elo das relações sociais. Sem cooperação, não há consenso e, por consequência, não há sociedade. Essa ideia é expressa pelo autor na sua identificação dos tipos de sociedade: quando houvesse grande coesão social com crenças e atividades semelhantes entre os indivíduos, a sociedade era chamada de “solidariedade mecânica” (as sociedades arcaicas); mas quando houvesse pouca coesão social com grande divisão do trabalho, a sociedade era de “solidariedade orgânica” (as sociedades modernas) (DURKHEIM, 2004). Nesse contexto, a sociedade passa existir a partir de um “sentimento de identidade, de união, de compartilhamento de coisas em comum, de fraternidade” (HERCULANO, 2006, p. 7), ou seja, quando há cooperação.

Em âmbito internacional, a cooperação ocorre quando os atores alinham seus comportamentos aos interesses e preferências dos outros por meio de um processo de coordenação de políticas. Estes atores podem ser Estados Nacionais, organizações internacionais², organizações não-governamentais³, instituições burocráticas nacionais, instituições educacionais, empresas transnacionais, entre outros atores.

² Será utilizado o termo Organizações Internacionais nesta tese quando se tratar de organizações formadas pelos Estados para atuar em âmbito internacional e que possuem autonomia jurídica perante os Estados nacionais depois de constituída, como: ONU, OMC, OMS, entre outras.

³ Organizações não-governamentais são organizações formadas pela sociedade civil, ou como é chamado no Brasil de entidades do terceiro setor.

No passado a cooperação tinha como principal objetivo o alcance da paz ou a convivência pacífica entre as sociedades. Não obstante, o surgimento dos Estados nacionais fez com que a cooperação internacional fosse muito mais além da simples busca de evitar a guerra. A partir da segunda metade do século XX, o incremento das relações entre os múltiplos atores no cenário internacional intensificou o fenômeno hoje conhecido por interdependência global, momento em que a cooperação fortaleceu-se como um importante instrumento diplomático entre os Estados para o desenvolvimento de ações coordenadas na busca de soluções para problemas comuns.

Conforme ressalta Sato (2010, p. 46), a cooperação internacional, no contexto moderno, abrange não somente a ajuda mútua entre governos e instituições nacionais de diferentes países, mas também o desenvolvimento coletivo de padrões comuns e “[...] programas que levam em consideração benefícios e também problemas que, potencialmente, podem ser estendidos para mais de uma sociedade e até mesmo para toda a comunidade internacional”. Assim, a cooperação internacional pode ser compreendida como um mecanismo de auxílio entre dois ou mais atores, caracterizada pela transferência de experiências seja nos âmbitos técnico, científico, tecnológico e cultural.

No século XX, a literatura especializada (NYE; KEOHANE, 2001; NYE, 2009; KEOHANE, 1984, 1989; ROSENAU, 2000; HAAS, 1970; entre outros) considera a cooperação internacional como capaz de: reduzir a desconfiança dos Estados no cenário internacional; evitar conflitos; auxiliar o desenvolvimento e o crescimento econômico dos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento; contribuir para a construção e manutenção de uma ordem internacional estável entre os países.

Como o foco desta pesquisa está relacionado sobre a cooperação técnica internacional do Brasil na área da Saúde, a pesquisa tem como enfoque o contexto da cooperação internacional no campo das relações políticas. Assim, antes de tratar sobre a cooperação técnica internacional e como a saúde foi inserida nesse processo, será abordada a evolução dos aportes teóricos da cooperação internacional.

1.1 OS APORTES TEÓRICOS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Ainda que a cooperação internacional seja inerente ao contexto das civilizações e ao mesmo tempo complexa devido aos diversos fatores que levam os Estados e demais atores internacionais a cooperar, no campo de

estudo das Relações Internacionais, a cooperação internacional é ainda pouco explorada analiticamente, ficando muitas vezes subordinada a outros objetos de análise. A presente pesquisa busca apresentar a evolução da análise sobre a Cooperação Internacional no campo de estudo das Relações Internacionais, apresentando primeiramente as contribuições da escola Idealista e posteriormente, os aportes teóricos da Teoria da Interdependência e da abordagem construtivista nas Relações Internacionais.

1.1.1 Idealismo Moderno

O Idealismo, também chamado por alguns autores de Liberalismo⁴, foi o pensamento que influenciou o nascimento da disciplina das Relações Internacionais, que teve como seu grande precursor contemporâneo Thomas Woodrow Wilson (1815-1924), presidente dos Estados Unidos entre os anos de 1913 e 1921. Wilson defendia que a paz poderia ser alcançada por meio da ética e respeito das normas e regras do Direito Internacional Público. Foi também o grande idealizador para a criação de uma organização internacional⁵ com objetivo de fazer com que os Estados cumprissem os acordos internacionais, fazendo-os respeitar o Direito Internacional como forma de garantir a paz no sistema internacional⁶.

Segundo Root (1997), para que haja a possibilidade da convivência entre as pessoas é preciso estabelecer direitos e obrigações recíprocas,

⁴ Os primeiros estudos e investigações do pensamento idealista estiveram associados, sobretudo, pela crença iluminista no progresso humano bem como pelo liberalismo do século XIX.

⁵ Em um discurso ao Congresso dos Estados Unidos, em 1918, Woodrow Wilson apresentou sua proposta para a paz mundial, conhecida por "Quatorze Pontos", para que fosse levada em conta quando das negociações internacionais para a construção de uma ordem internacional no pós-guerra. Em consonância com o segundo Artigo Definitivo de Immanuel Kant em sua obra "À Paz Perpétua", Wilson menciona no décimo quarto ponto de seu discurso sobre a necessidade de criar uma organização internacional com o objetivo de promover a segurança coletiva e evitar um envolvimento de guerra entre os Estados. O resultado prático acerca da influência dos Estados Unidos e da aceitação dos respectivos Quatorze Pontos de Wilson traduziu-se na criação, no ano de 1919, da Liga das Nações.

⁶ Sistema Internacional é o ambiente onde interage diversos atores internacionais como Estados nacionais, Organizações Internacionais, ONGs, Empresas, entre outros, no qual estabelecem princípios e regras entre os mesmos.

criando uma ideia de comunidade. A comunidade não é estabelecida pela livre espontânea vontade das pessoas, mas sim pela necessidade de estabelecer uma ordem capaz de gerar a possibilidade de coexistência entre as pessoas. Não obstante, tal argumento poderia ser estendido no contexto internacional do pós-Primeira Guerra Mundial, momento em que a Liga das Nações tinha o intuito de criar esse vínculo entre os Estados nacionais, estabelecendo direitos e obrigações para ser cumpridos pelos mesmos a fim de manter a ordem e a paz no sistema internacional. Sendo assim, a adesão e o cumprimento das regras e normas internacionais não foram aceitos por altruísmo pela maioria dos Estados nacionais no pós-guerra, mas sim pelo interesse de cada um em garantir sua própria sobrevivência.

Os principais autores que influenciaram o pensamento idealista moderno foram Hugo Grotius (1583-1645), Abade de Saint-Pierre (1658-1743), Jean-Jacques Rousseau (1722-1778) e Karl Immanuel Kant (1724-1804). Hugo van Groot, grande jurista holandês, conhecido como “Grotius”, foi responsável pela defesa da “descolonização” do Direito, deixando a influência da lei divina para um contexto puramente racional (DAL RI JÚNIOR, 2003). Sua principal obra para as Relações Internacionais é o *Direito de guerra e paz*, de 1625, a qual defende que a anarquia no sistema internacional, ou seja, a ausência de um governo mundial superior aos demais Estados nacionais, poderia ser controlada a partir do respeito e cumprimento dos acordos e regras internacionais estabelecidas pelos próprios Estados. Assim, para Grotius, o respeito às leis e às regras do direito internacional permitiriam a manutenção da ordem, ou seja, os meios para a paz no cenário internacional. No entanto, o autor não nega a possibilidade de haver guerras, mas as mesmas deveriam ser justificadas com base nas regras do direito internacional para serem consideradas justas⁷ (GROTIUS, 1993).

Abade de Saint-Pierre foi o primeiro autor clássico a levantar a ideia da construção da paz internacional por meio da cooperação entre as nações. De que forma o autor acreditava que isso seria possível? Por meio

⁷ A ideia sobre a “guerra justa” não fora desenvolvida inicialmente por Hugo Grotius, mas sim por Thomas More, em *A Utopia* (1516), que defende o argumento que a guerra só seria considerada justa quando fosse para defender seu próprio território ou para socorrer um aliado. No caso de Grotius, a guerra seria justa quando o Estado comprovasse uma “injúria recebida”, ou seja, uma violação do direito, um dano causado, como por exemplo agressão não justificada, dano causado ao comércio de determinado país, entre outros fatores.

do estabelecimento de uma união federativa constituída pelos países. Tal proposta foi defendida em sua obra *Projeto para tornar perpétua a paz na Europa*, em 1713. Saint-Pierre não negava a possibilidade da existência das guerras, mas ao participar das negociações do Tratado de Utrecht, em 1712-1713 (acordo entre Reino Unido e França), acreditava ser possível os países católicos europeus – França, Reino Unido, Holanda, Portugal, Suíça, Florença, Genova, Veneza, Dinamarca etc. – criarem uma organização política, com um Congresso Perpétuo onde os Estados discutiriam suas ações políticas internacionais. Segundo Saint-Pierre (2003), essa união teria como base o compartilhamento de valores comuns entre os países europeus, que neste contexto seria o catolicismo. Para o autor, o catolicismo seria o “valor ético” para que os países membros não fizessem mau uso de seus poderes, deixando de lado iniciativas bélicas entre eles. Assim, por meio do vínculo do catolicismo, seria estabelecida uma união política entre eles, entretanto, a preservação dessa união se daria com o aumento das trocas comerciais e da interdependência econômica entre os mesmos.

Ainda que Abade de Saint-Pierre seja considerado como o pai do processo da integração europeia⁸, em sua época suas ideias não ganharam repercussão devido a falta de interesse e vontade política por parte dos governantes europeus. Seu trabalho passou a ganhar destaque quando da reedição de seus manuscritos por outro francês, Jean-Jacques Rousseau, no ano de 1756. No entanto, Rousseau publicou em 1782 um conjunto de críticas à obra de Saint-Pierre. Rousseau não concordava sobre os efeitos positivos da interdependência entre os Estados, pois tal situação levaria uma das partes a ser dependente em relação a(s) outro(s) podendo gerar conflito e competição entre eles; o elo de aproximação para a cooperação entre os países não poderia ser o catolicismo, pois, segundo ele, não seria possível criar uma organização política com Estados caracterizados por diferentes regimes políticos. Como seria possível realizar uma cooperação para criar mecanismos comuns em uma organização política com Estados democráticos e outros Estados autoritários? Para Rousseau, a cooperação só seria possível por meio da formação de uma federação de pequenos Estados democráticos, isto é, o vínculo comum para a cooperação seria a democracia e não mais o catolicismo (BENEVIDES, 1999).

⁸ O primeiro passo para a criação do bloco europeu foi dado em 1951, com a fundação da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA).

Mas foram as contribuições de Immanuel Kant, grande filósofo iluminista, que exerceram grande influência para o desenvolvimento do pensamento idealista moderno nas Relações Internacionais. Sua obra, *A Paz Perpétua*, publicada em 1795, é estruturada como um tratado internacional fictício, dividido em duas partes principais: os artigos preliminares, que representavam os fatores que deveriam ser eliminados pelos Estados pois contribuíam para o desenvolvimento das guerras; e os artigos definidos, que representavam as bases para a estruturação de uma paz permanente entre os Estados tendo como pilar os pressupostos racionais. De forma resumida, os artigos preliminares eram: I: proibido fazer reserva secreta entre os governos; II: proibido adquirir outro Estado por meio da troca, compra ou doação; III: proibido manter exércitos permanentes; IV: os débitos públicos não deveriam financiar exércitos e outras atividades militares; V: defesa do princípio da não intervenção, ou seja, é proibido os Estados intervirem no contexto doméstico de outros Estados, esta garantido aos Estados sua soberania e autonomia interna; e VI: proibido a utilização de hostilidades que possam levar a conflitos futuros. Já os artigos definitivos são: I: os Estados deveriam ser republicanos; II: deveria ser estabelecida uma federação entre os Estados; III: a utilização do direito cosmopolita⁹ (KANT, 2008).

Norberto Bobbio, ao analisar a obra de Kant sobre a paz perpétua, destaca quatro pontos principais:

- 1) Os Estados nas suas relações externas vivem ainda num estado não jurídico; 2) o estado de natureza é um estado de guerra e portanto um estado injusto (da mesma maneira como é injusto o estado de natureza entre os indivíduos); 3) sendo esse estado injusto, os Estados têm o dever de sair do mesmo e fundar uma federação de Estados,

⁹ O Direito cosmopolita é o direito que baseou os direitos do homem, ou, os direitos humanos, o qual passa a ser reconhecido de forma universal a partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, assinada pela ONU. O direito cosmopolita, defendido por Kant, consistia em direitos comuns aceitos em qualquer lugar do mundo. Sendo assim, não existiria a ideia de nacionalidade pois haveria um só direito para todos os cidadãos do mundo. Segundo Bobbio (1995, p. 164), “[...] enquanto o direito internacional regula as relações entre os Estados, e o direito interno regula as relações entre o Estado e os próprios cidadãos, o direito cosmopolita regula as relações entre um Estado e os cidadãos dos outros Estados (ou seja, os estrangeiros)”.

segundo a idéia de um contrato social originário, ou seja, “uma união dos povos por meio da qual eles sejam obrigados a não se intrometer nos problemas internos uns dos outros, mas a proteger-se contra os assaltos de um inimigo externo”; 4) essa federação não institui um poder soberano, ou seja, não dá origem a um Estado acima dos outros Estados, ou superestado, mas assume a figura de uma associação, na qual os componentes permanecem num nível de colaboração entre iguais (*societas aequalium*), como se dos dois contratos que, segundo a doutrina tradicional do jusnaturalismo, eram necessários para a formação do Estado, o *pactum societatis* e o *pactum subiectiones*, tivesse que ser efetivado, para resolver os conflitos entre os Estados, somente o primeiro e de forma alguma o segundo (BOBBIO, 1995, p. 159-160).

Kant verifica o tema da paz afirmando a ideia de que o "estado de natureza"¹⁰ é diferente do "estado de sociedade". O estado de natureza consiste em uma situação de guerra contínua, sendo a opção racional a escolha do pacto social ou um contrato social, o qual seja estabelecida regras a fim de garantir a ordem e liberdade civil. No plano internacional, em uma situação de estado de natureza, os Estados se aproximariam a partir da percepção de que a paz e o processo de interdependência econômica seria mais vantajoso e que a guerra era irracional. Para Kant, a paz perpétua seria alcançada quando fosse estabelecido um pacto para criar uma federação de repúblicas europeias, sendo que as normas e regras internacionais que regulariam essa federação seria o direito cosmopolita.

Assim sendo, as contribuições dos autores clássicos mencionados acima contribuíram para o desenvolvimento da escola idealista que predominou no campo acadêmico das Relações Internacionais até o início da Segunda Guerra Mundial. O Idealismo Moderno, por sua vez, defendia o argumento de que o aumento da interdependência entre os Estados, caracterizada pelo aprofundamento da cooperação entre eles, seria capaz de evitar possíveis conflitos internacionais. Nesse contexto, além de Woodrow Wilson, Norman Angell, autor da obra *A Grande Ilusão*, de

¹⁰ O estado de natureza foi um termo desenvolvido por Thomas Hobbes, na sua obra *O Leviatã*, para designar o “estado de guerra de todos contra todos”, ou seja, a ausência de um poder superior que pudesse controlar as ações dos indivíduos.

1912, defendia a ideia de que seria muito mais benéfico para os Estados aumentar a interdependência econômica do que promover guerras. Angell (2002), por sua vez, critica a visão belicista da época que considerava a guerra como algo que exaltava a virtude do homem. O autor ressalta que a guerra é irracional, uma ilusão de ótica, pois não traz nenhum benefício para os atores envolvidos, nem mesmo para os vencedores, como é ressaltado no prefácio da sua obra: “meu objetivo não é provar que a guerra é impossível, mas que é inútil” (ANGELL, 2002, p. XXII).

Apesar das contribuições idealistas para assegurar a paz no ambiente internacional, as concepções desta escola não representavam a realidade do comportamento dos Estados neste período, caracterizado pela busca do poder, protecionismo comercial, nacionalismo, ascensão de regimes totalitários. Por conta disso, a Liga das Nações, por sua vez, mostrou-se incapaz de garantir a manutenção da paz no cenário internacional, entrando em colapso em 1939 com a eclosão da Segunda Guerra Mundial.

Por volta dos anos 1970, as contribuições sobre a interdependência no ambiente internacional são retomadas, mas com um caráter diferente. Enquanto as contribuições da escola idealista verificavam que a interdependência contribuiria para a paz, os autores Joseph Nye e Robert Keohane destacam que a interdependência não é o que contribui para a paz, mas sim a institucionalização de normas e regras internacionais, que contribuem para o ordenamento do sistema internacional, descrita a seguir.

1.1.2 A Interdependência Complexa

Um dos principais expoentes no campo sociológico a tratar sobre a interdependência das sociedades foi Norbert Elias, em *A Sociedade de Corte* (2001). Nesta obra, o autor argumenta que a sociedade deve ser compreendida pela constante rede de relações de interdependência entre os indivíduos que, por sua vez, cria regras, relações de poder, fazendo com que os indivíduos dependam uns dos outros. Em outras palavras, segundo Elias (2001), não é possível entender a sociedade sem verificar que a mesma é caracterizada por uma cadeia de relações de intercâmbios que se modificam constantemente, na qual os indivíduos estão mutuamente orientados e dependentes. Assim, conforme Devin (2010, p. 63), para Elias: “a interdependência é tanto reveladora das mutações objetivas da relação indivíduo-sociedade (nós-eu), quanto um lugar de descobertas do trabalho histórico dos homens para criar vínculos entre

eles”.

No campo de estudo das Relações Internacionais, o tema sobre a interdependência passa a ganhar maior destaque a partir da publicação do livro *Power and Interdependence: World Politics in Transition*, em 1977, de Joseph S. Nye e Robert O. Keohane. Os autores desenvolvem a Teoria da Interdependência Complexa e apresentam um novo modelo para a análise dos fenômenos internacionais, até então sob a primazia da teoria Realista. Para os autores, interdependência refere-se a uma relação em que os atores - Estados nacionais - afetam-se mutuamente, em outras palavras, refere-se a um estado de mútua dependência entre os atores.

A interdependência entre os Estados não significa pobreza nem riqueza, pois os resultados - positivos ou negativos - irão depender substancialmente da forma como foi determinada a cooperação entre os atores internacionais. Segundo Keohane e Nye (2001), as relações de interdependência, geralmente, são marcadas pela assimetria, e que os Estados fazem uso desta para projetar seu poder. Nesse sentido, o poder dos Estados deixa de ser dimensionado tão somente por sua capacidade coercitiva (poder bruto), mas também por sua capacidade de articulação com os diversos temas da agenda internacional, fazendo com que os outros realizem o que ele objetivava, controlando o resultado final através da negociação e da barganha. Para os autores, o poder está relacionado na capacidade dos atores controlarem os recursos (matérias primas, tecnologia, capital) ou na potencialidade de afetar os resultados¹¹.

Keohane e Nye (2001) identificam quatro qualidades que ilustram as dimensões da interdependência: i) as suas origens, ii) benefícios, iii) simetria e, iv) seus custos. A interdependência pode ser originada em

¹¹ Em um exemplo, Joseph Nye expõe a relação comercial entre os Estados Unidos e Canadá: "O maior Estado nem sempre vence na manipulação da interdependência econômica. Se um Estado menor ou mais fraco tem um envolvimento maior com determinada questão, pode se sair muito bem. Por exemplo, uma vez que os Estados Unidos respondem por praticamente três quartos do comércio exterior canadense, ao passo que o Canadá responde por cerca de um quarto do comércio exterior americano, o Canadá é mais dependente dos Estados Unidos do que o contrário. Não obstante, os interesses do Canadá sempre prevaleceram em numerosas desavenças com os Estados Unidos porque o Canadá se dispunha a ameaçar com ações retaliatórias, o que conteve os Estados Unidos. Os canadenses teriam sofrido muito mais do que os Estados Unidos se suas ações tivessem levado a uma desavença total, mas o Canadá achou que era melhor arriscar uma retaliação do que seguir as regras que sempre o fariam perder" (NYE, 2009, p. 258).

fenômenos físicos (naturais) ou sociais (econômicos e políticos). Quanto aos benefícios, a interdependência pode trazer resultados como de soma zero (um ganha e outro perde), de soma positiva (ambos ganham) ou de soma negativa (ambos perdem). Quanto à simetria, é possível afirmar que dificilmente será simétrica a relação de interdependência entre dois ou mais atores, mesmo em uma situação com resultados de soma positiva, uma vez que sempre um determinado ator obterá maior ganho sobre o outro. Nesse contexto, Nye (2009, p. 256) afirma que: “[...] ser menos dependente pode ser uma fonte de poder”.

Em relação à última dimensão, por sua vez, os custos da interdependência podem ser medidos pelo grau de sensibilidade ou de vulnerabilidade. A sensibilidade “refere-se à quantidade e ao ritmo dos efeitos da dependência; quer dizer, com que rapidez as mudanças em uma parte do sistema produzem mudanças em outra parte?” (NYE, 2009, p. 254). A sensibilidade está relacionada com a importância e a rapidez dos efeitos sentidos pelos atores envolvidos nessa interação de dependência mútua.

A vulnerabilidade, por sua vez, “refere-se aos custos relativos de mudar a estrutura de um sistema de interdependência. É o custo de escapar de um sistema ou de mudar as regras do jogo” (NYE, p. 254-255). A vulnerabilidade está relacionada em uma perspectiva de longo prazo, sendo mais difícil e custosa de ser alterada. Por exemplo, na crise do petróleo de 1973, tanto o Brasil como os Estados Unidos foram sensíveis em relação às alterações no comércio global e nos padrões de investimentos provocados pela interdependência do petróleo. Os Estados Unidos não foram tão vulneráveis em relação à alta dos preços do petróleo pelo fato de rapidamente terem conseguido implementar um conjunto de ações para reduzir o consumo e controlar a oferta de gasolina vendida no país. Já o Brasil, por sua vez, era muito dependente da energia importada e sua produção interna não dava conta de suprir a necessidade de seu mercado doméstico, fazendo com que o país levasse muito mais tempo para alterar essa situação. Em resposta ao susto do choque do petróleo e os baixos preços do açúcar no mercado internacional, o Brasil lança, em 1975, um programa de substituição em larga escala dos combustíveis veiculares derivados de petróleo por álcool, conhecido por Programa Nacional do Álcool (Pró-Álcool).

Keohane e Nye (2001) denominam a atual interdependência de *complexa* pelo fato da mesma apresentar um vasto e extenso aprofundamento de conexões e fluxos internacionais envolvendo diversos atores, estatais ou não, que interagem em variados níveis, gerando uma

teia de relações interdependentes. Neste contexto, ao longo das últimas décadas, verifica-se que a multiplicação dos canais de interface global fez com que as relações internacionais deixassem de ser caracterizadas apenas pelas relações interestatais (entre Estados nacionais), e surgiu o termo *relações transnacionais* por envolver múltiplas redes de conexão com os "novos" atores internacionais, tais como: Corporações Transnacionais (CTNs), Organizações Não-Governamentais (ONGs), Organizações Intergovernamentais Internacionais (OIGs), grupos de interesse do nível doméstico dos Estados, dentre outros.

O aperfeiçoamento das tecnologias de transporte e comunicação barateou e aumentou a rapidez dos fluxos das transações financeiras, comerciais, de informação, de pessoas, reduzindo relativamente o poder dos Estados em controlar esses fluxos. Além da entrada de novos atores, novos temas passaram a ganhar importância na análise da política internacional tais como: economia, saúde, meio ambiente, direitos humanos, refugiados. Nesse contexto, Sarfati (2005) argumenta que houve uma quebra na hierarquia¹² dos temas de estudo para a análise das relações internacionais, fazendo com que os assuntos militares deixassem de ser considerados de “alta política” (*high politics*), até então, e os demais temas como secundários, de “baixa política” (*low politics*).

A interdependência não corresponde um aumento da paz e ausência de conflitos entre os *players* no cenário internacional. Pelo contrário, devido a complexidade e as conexões de dependência entre os atores, atualmente o sistema internacional é muito mais confuso, conflituoso e difícil, em comparação com o período da Guerra Fria. Tal pensamento difere-se dos autores idealistas ou liberais clássicos, que defendiam o pensamento de que o aumento da interdependência econômica fomentaria a paz no sistema internacional. Nesse contexto, Nye (2009) destaca que:

Alguns analistas liberais pensam erroneamente que, na medida em que a globalização torna o mundo mais interdependente, a cooperação substituirá a competição. O raciocínio deles é que a interdependência gera benefícios conjuntos e que esses benefícios conjuntos encorajam a

¹² Sobre a importância e hierarquia dos temas de estudo das Relações Internacionais, foi Edward Carr, em sua crítica ao Idealismo, quem primeiro defendeu o argumento de que os assuntos de guerra e paz (*high politics*) deveriam ter primazia sobre os demais temas (*low politics*) (CARR, 2001).

cooperação. Isso é verdade, mas a interdependência econômica também pode ser usada como uma arma [...]. Na verdade, a interdependência pode ser mais útil do que a força em alguns casos, porque ela pode ter gradações mais sutis. E, em algumas circunstâncias, os Estados estão menos interessados em seu ganho absoluto com a interdependência do que em como os ganhos relativamente maiores de seus rivais possam ser usados em seu prejuízo (NYE, 2009, p. 253).

No atual cenário de interdependência marcado pela competição entre Estados em defesa de seus interesses e objetivos no plano internacional, a teoria da Interdependência Complexa defende o argumento de que os Regimes Internacionais e as Instituições Internacionais poderiam amenizar tal competição. Segundo Stephen Krasner (1983), Regimes Internacionais são definidos como: “um conjunto de princípios, de normas, de regras e de procedimentos de tomada de decisão, implícitos ou explícitos, em torno dos quais as expectativas dos atores convergem em uma determinada área”. Por meio da institucionalização de regras, normas, convenções, formais (estabelecidas por via diplomática) ou informais, sendo capaz de prescrever o comportamento dos Estados e os obrigar a respeitar as normas, os Regimes Internacionais podem contribuir para a estabilidade e a manutenção da ordem no sistema internacional.

O maior grau dessa institucionalização é a criação de organizações internacionais. Estas quando constituídas passam a ter autonomia jurídica no sistema internacional. Suas ações são baseadas por uma Carta Constitutiva que estabelece os direitos e deveres da organização internacional. Algumas dessas organizações passam ser configuradas por tribunais específicos para administrar conflitos entre os seus membros.

Segundo Keohane (1984), as Organizações Internacionais levam os Estados a cooperarem, uma vez que facilitam o estabelecimento de acordos internacionais, garantem maior cumprimento das normas e regras, reduzem os custos, aumentam a simetria, contribuem para a melhoria da qualidade das informações e transparência entre os Estados. Sendo assim, Keohane e Nye (2001) defendem o argumento de que o incremento da institucionalização de normas e regras beneficiaria tanto países ricos como pobres e, assim como os Regimes Internacionais, contribuiria para a manutenção da estabilidade e da ordem no sistema internacional.

1.1.3 A abordagem construtivista

A partir do debate sobre o comportamento do sistema internacional entre os realistas e os teóricos da interdependência, também chamados de institucionalistas, surge nos anos 1980 uma nova abordagem sobre as relações internacionais, o construtivismo. Advindo da sociologia, o construtivismo verifica que a realidade é socialmente construída e que não é algo fixo, estático, mas em constante transformação devido as interações sociais. Assim, a realidade internacional não é objetiva, mas sim subjetiva, construída com base em um conjunto de ideias, valores, pensamentos, normas, desenvolvidas pelas relações sociais entre os agentes sociais, criadas em um determinado tempo histórico e que vão se modificando ao longo do tempo (NOGUEIRA; MESSARI, 2005).

Os principais expoentes dessa abordagem nas relações internacionais são Nicholas Onuf (1989), Friedrich Kratochwil (1989), Alexander Wendt (1992, 1999) e John Ruggie (1998). Nicholas Onuf foi quem desenvolveu o termo, na sua obra *Worlds of Our Making: Rules and Rule in Social Theory and International Relations*, em 1989. Mas a propagação da abordagem construtivista ocorreu com a obra de Alexander Wendt, intitulada *Anarchy is What States Make of it: The Social Construction of Power Politics*, em 1992.

Com a famosa frase de Wendt: *a anarquia é o que os Estados fazem dela*; o construtivismo critica as abordagens anteriores por focarem no poder dos Estados nacionais ou nas regras do sistema internacional, ignorando a origem desses comportamentos e dessas práticas internacionais. Segundo Adler (1999, p. 205), o “construtivismo é a perspectiva segundo a qual o modo pelo qual o mundo material se relaciona com a ação humana, formando-se e sendo por ela formado, depende de interpretações dinâmicas do mundo material.” Nesse contexto, o construtivismo tem como base que o comportamento dos atores sociais no sistema internacional são desenvolvidos a partir das identidades, dos interesses desses atores.

A identidade dos atores sociais é determinada pelas relações sociais entre os mesmos, no qual formam as preferências, os valores, os interesses desses atores. Ou seja, a identidade determina um conjunto de significados em que o ator tem se de si próprio e como o mesmo é percebido pelos outros. Segundo Wendt (1999), sem o interesse a identidade não tem força motivacional e sem a identidade, o interesse não tem direção. Assim, para Hopf (1998), a identidade social é relevante por definir a você e aos outros quem você é, e ao mesmo tempo dizer a você

quem os outros são, auxiliando na aproximação ou afastamento de você com relação aos demais atores sociais.

Desta forma, a identidade e os interesses dos Estados nacionais determinam o comportamento dos mesmos no sistema internacional. Importante destacar, que a construção das identidades e por assim dizer dos interesses dos Estados nacionais tem como variável tanto o contexto doméstico como o nível internacional. Para o construtivismo, os Estados que compartilham valores, ideias, preferências tendem a cooperar entre si, pois possuem identidades positivas entre os mesmos. Assim, a aproximação entre determinados Estados nacionais é gerada pela identificação por parte dos mesmos de afinidades, valores e interesses comuns (WENDT, 1999).

Dessa maneira, a cooperação internacional para o construtivismo é socialmente construída a partir da interação entre os atores que compartilham valores, ideias, preferências e interesses. Assim, essa abordagem destaca a relevância do nível doméstico como da cultura na construção das identidades e dos interesses dos Estados nacionais, que moldam o comportamento dos mesmos no sistema internacional.

1.1.4 Principais aportes conceituais sobre a Cooperação Internacional

Segundo Milner (1992), a evolução do pensamento epistemológico sobre a cooperação internacional nas Relações Internacionais, mesmo apresentando falhas e lacunas, foi relevante para que o tema passasse a ganhar maior importância e debate no âmbito acadêmico. Assim, a presente pesquisa buscou destacar essa evolução, apresentando as principais contribuições conceituais sobre a cooperação internacional.

Inicialmente, destaca-se Charles Kindleberger, autor da Teoria da Estabilidade Hegemônica, desenvolvida em 1973. Para ele, a cooperação internacional era possível de ser atingida na anarquia internacional por meio das ações de um *hegemon*, isto é, pela liderança de uma potência com significativa superioridade sobre os demais países nos domínios militar, econômico e político. Para o autor, o país hegemônico garantiria a ordem econômica e financeira no sistema internacional por meio da construção e manutenção de zonas de influência e arranjos cooperativos intergovernamentais entre os países aliados (KINDLEBERGER, 1973).

Em 1984, Robert Keohane publica a renomada obra *After Hegemony*, na qual tece críticas sobre a perspectiva da Estabilidade Hegemônica de Kindleberger e apresenta novas observações sobre a

cooperação internacional. Baseando-se no sucesso de arranjos cooperativos internacionais como o Acordo Geral de Tarifas de Comércio (GATT) e a Comunidade Econômica Europeia (CEE), o autor defende o argumento que a cooperação internacional seja possível sem a presença da potência hegemônica, não necessitando da mesma para garantir a manutenção e continuidade dos arranjos de cooperação intergovernamental. Segundo o autor, os Estados Unidos exerceram um papel de liderança política, econômica e militar no sistema internacional entre as décadas de 1950 e 1960. No entanto, em decorrência de uma série de variáveis e fenômenos internacionais que marcaram os anos 1970, desde então os Estados Unidos perderam a qualidade de *hegemon* (KEOHANE, 1984).

Em tese, a cooperação internacional ocorre quando os Estados ajustam seus comportamentos às preferências reais ou potenciais de outros, por meio de um processo de coordenação de políticas. Conforme Keohane (1984, p. 51-52):

[...] a cooperação intergovernamental acontece quando as políticas perseguidas por um governo são percebidas por outros governos como facilitadoras para atingir os seus próprios objetivos de governo, como resultado do processo de coordenação de políticas.

Outro aspecto relevante ressaltado por Keohane sobre a cooperação internacional é que a mesma pode ser distinguida de harmonia e discórdia. Harmonia, para o autor, representa à situação na qual as políticas de um determinado Estado facilitam automaticamente a realização dos objetivos de outro(s) Estado(s). Neste contexto, considerado bastante raro no sistema internacional, não há a necessidade de cooperação. Por outro lado, quando os Estados não conseguem ou não querem adaptar suas políticas aos objetivos dos outros, ocorre a discórdia. Trata-se de uma situação em que os Estados entendem que as ações políticas dos outros governos são um obstáculo para o alcance de seus próprios interesses. No entanto, segundo o autor, os governos têm buscado evitar a discórdia, buscando ajustar suas políticas por meio de processos de negociação e barganha, a fim de encontrar alternativas que beneficiem ambos os lados (KEOHANE, 1984).

Ainda segundo o autor, a cooperação não implica a ausência de guerra, pelo contrário, é permeada por conflitos reais ou potenciais. Desta

forma, a cooperação acontece quando os atores são levados a ajustar seus comportamentos buscando superar os conflitos. Caso isso não ocorra, a discórdia prevalecerá. No entanto, para Keohane (1984, p. 244), “os Estados têm interesses complementares, sendo assim, certas formas de cooperação podem ser potencialmente benéficas”.

Ernst Haas, fundador da escola Neofuncionalista, defende a tese que é dentro da experiência do processo de integração regional que deve ser entendida a cooperação internacional. Para Haas (1970), as instituições internacionais têm um papel relevante para a instauração da ideia de comunidade entre os Estados que almejam a integração. Sendo assim, à medida que a institucionalização de normas e regras leva os Estados a reforçar sua lealdade sobre o processo de integração, o sucesso dessas ações conduziria ao aprofundamento e intensificação do processo. Esta situação é chamada pelo autor do *spillover*, que significa o transbordamento das ações técnicas dessa integração para um contexto político e supranacional. Como exemplo, os primeiros passos para o surgimento do bloco europeu se deram a partir da criação da Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA), em 1951, avançando em 1957 com a Comunidade Econômica Europeia (CEE), aumentando nas décadas seguintes a esfera de influência do bloco por meio da inclusão de novas competências políticas e, a partir de 1993, passou a ser chamada de União Europeia.

Nos anos 1990, uma das autoras que mais se destacaram sobre a cooperação internacional foi Helen Milner. Em seu artigo *International Theories of Cooperation Among Nations*, publicado em 1992, ressalta a importância do nível doméstico do(s) Estado(s) para a análise da cooperação internacional. Segundo a autora, a cooperação se contrapõe à competição e ao conflito, pois implica no comportamento dos Estados em atingir objetivos comuns, tentando reduzir ganhos que possam gerar desavenças e conflitos entre os Estados.

Milner (1992) aponta que a cooperação pode ser: i) tácita, ii) negociada e, iii) imposta. Na primeira, a adequação das ações dos Estados pode ocorrer sem um acordo explícito. Já a cooperação negociada ocorre por meio de um processo explícito de negociação, de ajuste de comportamento, e barganha. Por fim, a cooperação imposta ocorre se houver um Estado hegemônico no sistema internacional.

Ao examinar na literatura especializada os estudos de cooperação internacional, Milner destaca dois grandes problemas sobre essas contribuições. O primeiro está relacionado com a suposição de que a anarquia internacional gera insegurança, desordem, elevada competição,

criando as condições para desencadear conflitos. A autora discorda desta suposição e afirma que apesar da inexistência de uma autoridade supranacional, não quer dizer que não exista ordem no sistema internacional. Segundo ela, "[...] a anarquia não determina se os ganhos relativos ou absolutos dominam as motivações dos Estados. Em vez disso, as motivações dependem do caráter doméstico dos Estados e de outras características do tema em questão" (MILNER, 1992, p. 496).

O segundo problema refere-se à negligência dos fatores domésticos dos Estados. Destaca que:

A condição de anarquia, por exemplo, é usada para justificar uma série de contraditórias premissas e resultados: que os estados são maximizadores de ganhos absolutos ou que são minimizadores de ganhos relativos; que a anarquia cria condições que se assemelham a negociação tácita ou que ela cria condições que se assemelham a negociação em grande escala. Cada um desses conjuntos de pressupostos representa uma teoria diferente da política internacional. Além disso, é improvável que a anarquia dita uma ou outra destas condições o tempo todo. As motivações dos estados e da natureza do jogo internacional dependerá de outros fatores, alguns dos quais, como Powell mostra, são sistêmicos, mas muitos dos quais estão localizados no nível doméstico (MILNER, 1992, p. 488).

Desta forma, Milner (1992) ressalta que é essencial considerar o nível doméstico para entender a cooperação internacional por três razões. Primeiro, a política doméstica relata como as preferências são demandadas e os interesses nacionais construídos. Segundo, a política doméstica pode auxiliar o entendimento das estratégias que os estados adotam para conquistar seus interesses e ganhos. Terceiro, o passo final para estabelecer acordos de cooperação é quando os atores domésticos concordam em cumprir os termos da negociação internacional, ou seja, quando o Estado ratifica o acordo internacional no nível doméstico. Assim, "international agreements can always be reached, but they can only implements if key domestic actors concur. For these three reasons, domestic politics are essential to understanding international cooperation" (MILNER, 1992, p. 493).

Já na sua obra, *Interests, Institutions, and Information: Domestic Politics and International Relations*, publicada em 1997, Milner coloca que para explicar os incentivos e constrangimentos à cooperação, o nível doméstico é mais relevante do que o nível internacional, pois a política doméstica não se organiza em uma estrutura hierárquica, com um único ator no centro das decisões, mas sim em uma estrutura poliárquica onde atores com objetivos e preferências variadas compartilham poder durante o processo de tomada de decisão (MILNER, 1997). A ideia de poliarquia para Milner (1997) oferece uma ideia de movimento, pois sugere que os atores domésticos se movem em uma estrutura mais complexa do que a anarquia e a hierarquia. Assim sendo, presume-se que nas democracias há uma disputa interna de valores e preferências que faz com que o posicionamento dos atores domésticos destes países, num momento específico da negociação, seja resultado de uma coalizão política, de alianças, que oscilam de acordo com a definição da política doméstica do país e influencia no cenário internacional.

1.2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO E O SURGIMENTO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL ENTRE PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

A cooperação técnica internacional na área da saúde realizada pelo Brasil, se insere no que é chamado de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), ou chamada também de Cooperação Sul-Sul. A CTPD foi instituída pela ONU apenas na década de 1970. Já a Cooperação Técnica Internacional (CTI) foi formalmente instituída pela Resolução nº 200, de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas, sendo uma das três modalidades da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), junto com a Cooperação Financeira e a Assistência Alimentar que hoje passa a ser a Assistência Humanitária. Na verdade, a CTI fora inicialmente denominada de Assistência Técnica, sendo substituída nos anos 1970 nos fóruns multilaterais por cooperação técnica, por assistência passar a ter um significado de relações desiguais entre os parceiros (PUENTE, 2010; CONDE, 1990).

A CTI caracterizava-se até a década de 1970 por um processo não comercial de transferência de conhecimentos, habilidades e técnicas, normalmente de países mais desenvolvidos para países de menor desenvolvimento, por meio de programas de treinamento, consultorias, bolsas de estudo, envio de técnicos e peritos, intercâmbio de informações,

e doação de equipamentos e material bibliográfico vinculados a essas ações (PUENTE, 2010, p. 66; CERVO, 1994b, p. 39). As ações da CTI neste período não eram determinadas pelas carências ou preferências dos países receptores, mas pelo discernimento dos países e dos peritos dos países doadores, que segundo Browne (2006, p. 30) gerava “micro-êxitos”, ou seja, poucos resultados significativos, sendo muitas vezes com prejuízos a embrionária capacidade local.

Passados vários debates sobre a CTI, a mesma passa a ser verificada como:

Um processo multidisciplinar e multissetorial que envolve, normalmente, um país em desenvolvimento e outro(s) ator(es) internacionais (país ou organização multilateral), os quais trabalham juntos para promover, mediante programas, projetos ou atividades, a disseminação e transferência de conhecimentos, técnicas, experiências bem-sucedidas e tecnologias, com vistas à construção e desenvolvimento de capacidades humanas e institucionais do país em desenvolvimento, despertando-lhe, dessa forma, a necessária autoconfiança que contribua para o alcance do desenvolvimento sustentável, com inclusão social, por meio da gestão e funcionamento eficazes do Estado, do sistema produtivo, da economia e da sociedade em geral (PUENTE, 2010, p. 74).

A CTI era identificada no seu início como CID, assim, será descrito sobre a evolução histórica da CID. As primeiras iniciativas da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID) surgem no século XIX, que por causa de desastres naturais ou conflitos entre diferentes regiões, passa haver a necessidade de fornecer assistência pública aos que necessitavam. Esse contexto é ampliado no final da Primeira Guerra Mundial, mas com a crise de 1930, houve a redução dessa ajuda. No entanto, essas atividades não faziam parte da política externa dos países, advindo os recursos dessa ajuda de associações religiosas e civis, como a Cruz Vermelha (1863), *Save the Children* (1919), Rockfeller Foundation (1913), entre outras (LANCASTER, 2007).

A CID – também conhecida como ajuda, auxílio ou assistência oficial ao desenvolvimento (AOD), ou também *foreign aid* (em inglês) -, no início da sua institucionalização, foi desenvolvida com o objetivo prover um ordenamento ao sistema internacional e reconstruir os países afetados com a Segunda Guerra Mundial. Essas ações foram desenvolvidas pelo Plano Marshall, em 1948, plano realizado por parte dos Estados Unidos para a reconstrução dos países aliados europeus. Por volta dos anos 1950, foram realizados outros planos voltados para a Ásia e América Latina com o objetivo de reduzir a pobreza e melhorar o desenvolvimento dos países dessas regiões. No entanto, Lancaster (2007) e Browne (2006) ressaltam que os reais interesses destes planos eram conter o avanço do comunismo nessas regiões.

Junto com as iniciativas bilaterais, também foram realizadas a AOD de forma multilateral a partir das recém criadas organizações internacionais, na década de 1940. As principais foram advindas principalmente dos Acordos de *Bretton Woods*, de 1944, que estipulou a criação do Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), hoje o Banco Mundial. Também fora estipulado por estes acordos, a criação de uma organização internacional para regular o comércio internacional, mas que não deu certo e sendo criado em 1947 um acordo mais flexível sobre o tema: o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT- sigla em inglês). A Organização das Nações Unidas (ONU), criada em 1945 com o objetivo inicial de evitar novos conflitos mundiais e manter a paz mundial, passa também a auxiliar nessa cooperação, sendo criada o Programa Ampliado de Assistência Técnica das Nações Unidas, em 1949, e depois, em 1965, para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

Além dos Estados Unidos, outros países desenvolvidos passam também a realizar AOD como: França e Grã-Bretanha para as suas colônias com o objetivo de impedir a independências das mesmas; o Japão, para conter as constantes intimidações chinesas na Ásia cria, em 1961, a famosa agência japonesa de cooperação internacional (*Japanese International Cooperation Agency* - JICA) (Lancaster, 2007). Do lado socialista, a União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) também inicia suas atividades de ajuda internacional aos seus aliados regionais, Índia e países africanos em resposta as políticas norte-americanas, criando em 1949 o Conselho para Assistência Econômica Mútua. Tanto que nos anos 1960, as ações de ajuda internacional da URSS, chegam a superar as dos EUA e do Banco Mundial (MANNING, 2009).

No contexto ocidental, os primeiros anos da AOD foram pautados pelo paradigma dominante dos países ricos – Estados Unidos e Europa – no qual defendiam a intervenção do Estado para possibilitar o crescimento econômico e pelas teorias da modernização de Walt Rostow (1960) que explicavam o desenvolvimento econômico das sociedades como estágios a serem seguidos. Assim, acreditava-se que o despontar dos países subdesenvolvidos seria atingido por meio da ajuda internacional em investimentos em infraestrutura (estradas, portos, telecomunicação, energia, entres outros) e na produção agrícola, através de transferência de capital e empréstimos concessionais e donativos aos governos dos países receptores. Desta forma, o desenvolvimento era verificado como algo linear, neutro e técnico, que seria facilmente alcançado pelas ações de ajuda internacional dos países desenvolvidos aos países subdesenvolvidos (AFONSO, 2005; LANCASTER, 2007; RIST, 1997).

Esse pensamento altera os investimentos relacionados a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD), duplicando de US\$4 bilhões (1960) para US\$8 bilhões (1970) (OCDE, 2012). O Comitê de Assistência ao Desenvolvimento (CAD) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE)¹³ foi criada em 1961 a fim de melhorar a coordenação e efetividade dos seus membros com relação a CTI, já que os mesmos eram os grandes doadores da AOD. Assim, a CID neste período significava doar recursos aos países menos desenvolvidos para atingirem no menor tempo possível o que os países desenvolvidos tinham conquistado. Era predominantemente bilateral e tinha como base a compreensão do desenvolvimento econômico como crescimento da renda nacional, a ser alcançado por meio de uma rápida industrialização.

No entanto, a CID em vez de proporcionar o desenvolvimento dos países em desenvolvimento, manteve a desigualdade entre os mesmos, preservando os interesses dos países doadores de ajuda internacional. Segundo Fingerhann (2014), a rivalidade do período Guerra Fria, caracterizada pela disputa entre dois blocos antagônicos que buscavam ser a hegemonia do sistema internacional, determinou que a política de ajuda internacional fosse caracterizada pela perspectiva realista das relações internacionais. As ações de AOD concentravam em ampliar o número de aliados para atenderem seus interesses, não contribuindo para o desenvolvimento dos países atendidos por esta ajuda.

¹³ Organização internacional hoje com 34 países membros, segundo sitio oficial da mesma, tem como base os principios de livre mercado e seus membros representa mais da metade da riqueza do mundo.

A cooperação técnica internacional realizada pelos países desenvolvidos, a partir do pós Segunda Guerra Mundial, passa a ser vista pelos países em desenvolvimento como uma relação desigual, vertical. Não era baseada na transferência dos conhecimentos técnicos, preservando os interesses dos países desenvolvidos (também chamados do Norte), enquanto que os países em desenvolvimento (também chamados do Sul) mantinham sua enorme dependência econômica, social e tecnologia aos países do Norte.

Os países do Sul ao verificarem a manutenção das diferenças econômicas com AOD, passaram a se organizar em busca de criar uma cooperação mais justa, equilibrada e igualitária para os mesmos, e que permitisse de fato o desenvolvimento econômico dessas regiões. Assim, será descrito a seguir o contexto histórico da Cooperação Sul-Sul, conhecida como a cooperação entre os países em desenvolvimento, com ações mais justas e horizontais das que eram praticadas pela tradicional Cooperação Norte-Sul.

1.2.1 Contexto Histórico da Cooperação Sul-Sul

De forma geral, a Cooperação Sul-Sul (CSS), pode ser entendida como uma cooperação horizontal realizada entre os países do Sul (em desenvolvimento), no qual buscam benefícios mútuos. Uma das definições mais usadas para conceituar a cooperação Sul-Sul é a da unidade especial das Nações Unidas para a Cooperação Sul-Sul (UN-SUSSC), no qual:

A cooperação Sul-Sul é um amplo quadro para a colaboração entre os países do Sul nos domínios político, econômico, social, cultural, ambiental e domínios técnicos. Envolve dois ou mais países em desenvolvimento, podendo ser realizada no nível bilateral, regional, subregional ou inter-regional. Os países em desenvolvimento trocam conhecimentos, técnicas, expertise e recursos para atender às suas metas de desenvolvimento através de esforços concertados. Os recentes desenvolvimentos na cooperação Sul-Sul levaram no aumento do volume do comércio Sul- Sul, dos fluxos de investimento estrangeiro direto Sul-Sul, dos movimentos no sentido da integração regional, da transferência de tecnologia, da troca de soluções

e de especialistas, e de outras formas de intercâmbio (UNOSSC, 2013, Tradução nossa).

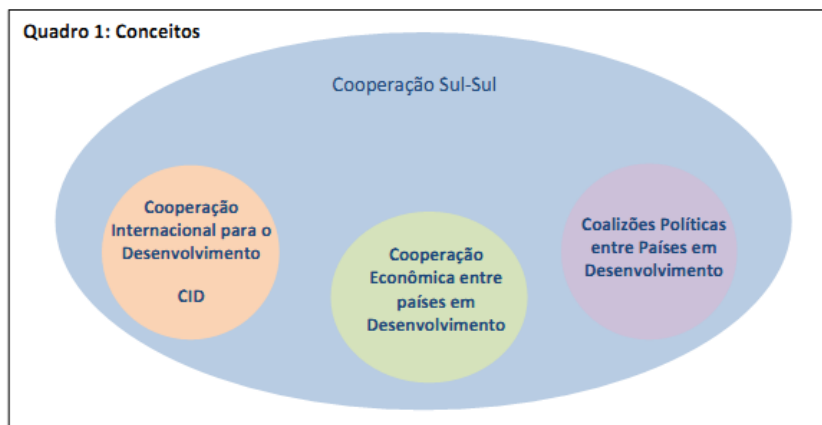
No entanto, essa definição não é consensual. A OECD (2013) utiliza diferentes definições sobre a CSS: “*sharing of knowledge and resources between - typically - middle-income countries with the aim of identifying effective practices*”¹⁴ ou “*an exchange of expertise between governments, organizations and individuals in developing nations*”¹⁵. Os governos nacionais também passam a utilizar suas próprias definições sobre a CSS. O Brasil não considera a CSS como uma ajuda, mas uma parceria (Brasil, 2013), que tem como objetivo possibilitar o desenvolvimento internacional por meio do fortalecimento das capacidades dos países receptores a fim de melhorar as condições socioeconômicas destes (IPEA, 2010); tendo como modalidades: a cooperação técnica, a cooperação científica e tecnológica, a cooperação educacional, a cooperação humanitária, o apoio e proteção a refugiados, operações de manutenção da paz e colaboração a organismos multilaterais (IPEA, 2013). Apesar das diferentes definições, as bases norteadoras da CSS são a solidariedade e a reciprocidade, com o objetivo de melhorar o desenvolvimento dos países do Sul (BRASIL, 2013).

A fim de facilitar o entendimento sobre a CSS, Lopes (2011) elabora um quadro (Figura 1) colocando que a Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (CID), a Cooperação Econômica entre países em Desenvolvimento e Coalizões Políticas entre Países em Desenvolvimento são cooperações que se inserem na CSS.

¹⁴ “Troca de conhecimentos e capacidades entre, tipicamente, países de renda média com o objetivo de identificar práticas eficazes” (OECD, 2013, Tradução nossa).

¹⁵ “Uma troca de conhecimentos entre os governos, organizações e indivíduos dos países em desenvolvimento” (OECD, 2013, Tradução nossa).

Figura 1 - Configuração da Cooperação Sul-Sul



Fonte: Lopes (2011).

As primeiras iniciativas da Cooperação Sul-Sul (CSS), datam da Conferência de Bandung (na Indonésia), realizada em 1955, que reuniu 29 países africanos e asiáticos¹⁶, representando cerca de dois terços da população mundial. Os países defendiam agenda própria, diversa da imposta pela ordem bipolar do sistema Guerra- Fria. Foi a primeira vez que, em um grande encontro não houve a participação dos Estados europeus, dos EUA e da URSS. Um dos resultados desta conferência, foi a alteração da expressão “assistência ou ajuda” para o termo “cooperação” nos discursos oficiais da ONU, a partir de 1959, pela Resolução 1383 (XIV), pois cooperação significava de fato um processo de negociação objetivando benefícios mútuos, já ajuda como apenas um donativo, um empréstimo realizado pelos países ricos (SOARES, 1995 apud FINGERMANN, 2014).

A partir da aproximação dos países do Sul, é criado em 1961, o “Movimento dos Países Não Alinhados”¹⁷. Esse movimento fora iniciado

¹⁶ Afeganistão, Arábia Saudita, Mianmar, Camboja, Ceilão (futuro Sri Lanka), China, Costa do Ouro (futura Gana), Egito, Etiópia, Filipinas, Índia, Indonésia, Iraque, Irã, Japão, Jordânia, Laos, Líbano, Libéria, Líbia, Nepal, Paquistão, Síria, Sudão, Tailândia, Turquia, Vietnã do Norte, Vietnã do Sul e Iêmen.

¹⁷ Associação livre de países durante a Guerra Fria no qual não se alinhavam em nenhum dos blocos ideológicos: o capitalismo e o comunismo. O Brasil, durante

com 23 países afro-asiáticos, um latino-americano (Cuba) e um europeu (a antiga Iugoslávia); Bolívia, Brasil e Equador foram países observadores do movimento (LEITE, 2011). Objetivavam criar um caminho independente, livre de interferências e de influências que não estavam relacionadas aos mesmos. A partir dessas iniciativas, em 1964, é criada a Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD) que resultou na “Declaração conjunta dos Setenta e Sete Países”, conhecida como o Grupo dos 77¹⁸, com o objetivo de pressionar e influenciar nos fóruns multilaterais a favor dos interesses dos países do Sul já que representavam a maioria dos votos nas organizações internacionais. Como resultado dessa coalizão, o G-77 incorpora ao Gatt, em 1965, o Sistema Geral de Preferências (SGP), meio pelo qual os Países em vias de Desenvolvimento (PVD) e os Países de Menor Desenvolvimento Relativo (PMDR) passam a ter o direito de exportar aos mercados dos Países Desenvolvidos (PD), com incidência nula ou menor que as alíquotas do imposto de importação do que as praticadas sobre produtos similares dos países desenvolvidos.¹⁹ O grupo quando fundado tinha 77 membros, hoje possui 131 membros.

Ainda nos anos 1960, com o aumento da intransigência dos países do Norte em alterar a estrutura da cooperação internacional, os países do Sul passam a promover aproximação das relações políticas e comerciais entre os mesmos e a integração regional. Segundo Conde (1990), foi a partir dessas iniciativas que surgiu o incentivo à Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), considerada uma cooperação mais horizontal. No entanto, segundo Lancaster (2007), este período foi

a Guerra Fria, apesar de ter relações próximas com esses países, não fazia parte dos “países não-alinhados”.

¹⁸ Afeganistão, Argélia, Argentina, Benin, Bolívia, Brasil, Burkina Faso, Camboja, Camarões, Republica Centro-Africana, Chade, Chile, Chipre, Colômbia, Republica Democrática do Congo, Republica do Congo, Coreia do Sul, Costa Rica, Cuba, Republica Dominicana, Equador, Egito, El Salvador, Etiópia, Filipinas, Gabão, Gana, Guatemala, Guiné, Haiti, Honduras, Iêmen, Índia, Indonésia, Irã, Iraque, Iugoslávia, Jamaica, Jordânia, Quênia, Kuwait, Laos, Líbano, Libéria, Líbia, Madagascar, Mali, Mauritânia, Marrocos, México, Mianmar, Nepal, Nicarágua, Níger, Nigéria, Paquistão, Panamá, Paraguai, Peru, Reino da Arábia Saudita, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Somália, Sri Lanka, Sudão, Síria, Tanzânia, Tailândia, Togo, Trinidad e Tobago, Tunísia, Uganda, Uruguai, Venezuela, Vietnã.

¹⁹ Acordo sobre o sistema global de preferências comerciais entre países em desenvolvimento (BRASIL, 2014).

caracterizado mais pela retórica do que a prática por parte dos países em desenvolvimento. É na década de 1970 que a CTPD passa a ser considerada pelos países do Sul de fato como instrumento relevante para a política externa dos mesmos.

Na década de 1970, os países em desenvolvimento influenciados pelo pensamento dependentista²⁰, articulado no âmbito da UNCTAD²¹, passam a pressionar por mudanças já que o modelo ocidental não se ajustava as particularidades dos países em desenvolvimento. Defendiam a alteração do antigo modelo por uma nova ordem econômica mundial, mais justa aos países em desenvolvimento, tendo como lema “*trade not aid*” (CONDE, 1990). Em meio a esse contexto, é criado em 1972 a Unidade Especial para a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Essa unidade em 2003 passa a se chamar Unidade Especial para a cooperação Sul-Sul do PNUD, ampliando sua atuação de modo a incluir a colaboração entre países em desenvolvimento no âmbito econômico e político.²² A CTPD “passa a englobar a ação e o planejamento conjunto de atividades e não mais a mera recepção de recursos e de conhecimentos” (CONDE, 1990, p. 26). Importante destacar que aproximadamente 30% do total de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional, em 1978, foi promovida pela CTPD (Manning, 2009).

Buscando melhorar as ações de CTPD, foi realizada em Buenos Aires, em 1978, a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, que reuniu representantes de 138 países. Nesta conferência, foi estabelecido o Plano de Ação de Buenos Aires, com 38 recomendações para a implantação do programa de Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento (CTPD).

²⁰ Visão desenvolvida por Raul Prebisch no contexto da, que defendia que os países em desenvolvimento deveriam buscar seu desenvolvimento a partir da adoção de um conjunto de iniciativas, por exemplo, como o modelo de substituição de importações.

²¹ Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD), estabelecida em 1964, em Genebra, Suíça, atendendo às reclamações dos países subdesenvolvidos, que entendiam que as negociações realizadas no GATT não abordavam os produtos por eles exportados, os produtos primários. A UNCTAD é Órgão da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), mas suas decisões não são obrigatórias.

²² Special Unit for South South Cooperation. United Nations Development Program (UNOSSC, 2013).

Segundo Leite (2011), o plano tinha como base no compartilhamento de informações e na perícia técnica entre países em desenvolvimento em áreas como saúde, educação e agricultura. Além disso, deveria fomentar “o uso dos recursos humanos e naturais, e das capacidades existentes nos países em desenvolvimento, até então subutilizados” (CONDE, 1990, p. 27). Com relação aos recursos financeiros para CTPD, as Nações Unidas definiu que o PNUD seria o órgão responsável em prover o financiamento das atividades de CTPD, sem prejudicar o poder de decisão dos países em desenvolvimento (Nações Unidas, 1988).

Nos anos 1980, com a crise econômica causada pelos choques do petróleo em 1973 e 1979 e pelo endividamento público dos Estados, passa a ser defendido a implementação do neoliberalismo nos países desenvolvidos. Como consequência, ocorre a redução tanto da AOD como da CTPD. Com a implementação do neoliberalismo na Grã-Bretanha (1979) e nos Estados Unidos (1981), passa a ser incentivado o estabelecimento de Programas de Ajuste Estrutural nos países em desenvolvimento nos moldes do FMI e do Banco Mundial. Esses programas caracterizavam por políticas macroeconômicas de liberalização do mercado, redução da máquina governamental, redução de investimentos do governos em áreas sociais, privatização e descentralização (PEREIRA, 2010).

Nesse contexto, os membros da CAD/OCDE passam a condicionar seus programas de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional para que seus receptores realizassem esses ajustes estruturais; caso não realizassem, seriam penalizados não recebendo a ajuda internacional (DOLLAR; SVENSSON, 2000). Essa redução da cooperação do Norte para o Sul, acabou contribuindo para novas iniciativas da CTPD. Os países em desenvolvimento, que se diferenciam dos demais, por possuir melhores condições econômicas, sociais, educacionais, entre outros, com o domínio de certas tecnologias, passam a realizar a cooperação técnica internacional aos países em desenvolvido sem esse domínio. O Brasil é um desses países, que com o domínio de certas capacidades técnicas, passará a ser um doador de cooperação técnica aos países em desenvolvimento, principalmente nos anos 1980.

Com o final da Guerra Fria, houve uma grande redução dos gastos dos membros da DAC/OCDE, pela ausência da necessidade de aliados para reduzir o poder do outro bloco. Segundo Hjertholm e White (1998, p. 16), a ajuda internacional foi reduzida em torno de 24% entre 1992-1997. Apesar da euforia pelo final da disputa entre EUA e URSS, o sistema internacional é atingido por uma nova crise econômica, fazendo

com que os países em desenvolvimento apresentassem grandes déficits públicos e inflação alta. Nesse contexto, os países do Norte pressionam os países do Sul em implementar ajustes estruturais em suas economias, tendo como base as ideias liberais, expressas pelo Consenso de Washington, desenvolvido em 1991.

O aumento das ações de CTPD pelo Brasil vai ocorrer somente no ano de 2000, com a “Declaração do Milênio”, assinada por 189 países, na Assembleia Geral da ONU, que estabelece as Metas do Milênio²³ a serem realizados pelos países até 2015. Já em 2002, é reafirmado a relevância das ações Sul-Sul e Trilateral para alcançar os ODM na Conferência Internacional sobre o Financiamento para o Desenvolvimento, promovida pelas Nações Unidas, que reuniu em torno de 160 países, tanto doadores como receptores de cooperação internacional.

Desta forma, a CID para a ter um novo foco que é nas “necessidades humanas básicas” como ferramenta de promoção do desenvolvimento (LANCASTER, 2007). Tanto as organizações internacionais como os países do CAD-OCDE passam a atuar nos setores chave para o desenvolvimento como saúde, agricultura e educação. O destaque deste período é que a Cooperação Sul-Sul não irá mais rivalizar com a cooperação advinda do Norte, mas sim trabalhar em conjunto. Esse contexto é chamado de Cooperação Triangular que representa a transferência de “boas práticas” de um país em desenvolvimento para outro país em desenvolvimento, com o apoio de um país desenvolvido ou em um sentido mais amplo a cooperação de três ou mais países em desenvolvimento ou também envolvendo organizações internacionais (LEITE, 2012).

Assim, a CSS iniciou-se pela desigualdade e dependência nas relações políticas, econômicas e militares dos países do hemisfério sul que buscaram o fortalecimento dos seus interesses através dessa cooperação internacional. Já no século XXI, a CSS passa a ser considerada a alavanca do sistema internacional, principalmente dos países emergentes, chamados de BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e em 2011 é inserida a África do Sul). A CSS passa a ser caracterizada por coalizões políticas como o Fórum de Diálogo Índia-Brasil-África do Sul,

²³ As 8 Metas do Milênio são: erradicar a pobreza extrema e a fome; erradicar o analfabetismo; igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde materna; combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; sustentabilidade ambiental e **parceria mundial para o desenvolvimento**. (Grifo nosso).

comumente abreviado para IBAS, que buscam intensificar a parceria política, econômica e estratégica. Para o Brasil, a parceria política do IBAS tem sido a mais relevante, já que o comércio entre os mesmos ainda é bastante reduzido. Os grandes objetivos desta coalizão política internacional são a cooperação internacional nas áreas científica e tecnológica bem como a parceria política nos fóruns multilaterais, por exemplo, na OMC com a defesa comum sobre a redução dos subsídios agrícolas dos países do Norte.

A CSS passa a ter importantes resultados no século XXI. No contexto da ajuda internacional, segundo Park (2001), a CSS contribuiu em torno de US\$ 14 bilhões no ano de 2010, representando cerca de 10 a 12% do total de recursos destinados a esse contexto. Na Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul, em Nairóbi, em dezembro de 2009, é ressaltado sobre importância da participação dos países do Sul na Cooperação para o Desenvolvimento Internacional. No entanto, é colocado como complementar, e não substituta da cooperação Norte-Sul (LOPES, 2011). No ano de 2011, é organizado pelo CAD/OCDE o *High Level Forum on Aid Effectiveness*, em Busan, Coreia do Sul, reunindo pela primeira vez na mesma mesa de negociação os países da Cooperação Norte-Sul e da Cooperação Sul-Sul (MADSWLEY et al., 2014, p. 9).

Fingermann (2014) destaca vários autores que percebem com otimismo a atuação da CSS, como Rowlands (2009) e Lima (2005) que ressaltam o potencial dos países doadores emergentes como intermediários na relação entre os doadores tradicionais e os receptores em desenvolvimento; inovações na atuação dos mecanismos de cooperação internacional - como a China (BRAUTIGAM, 2009) e o Brasil (CABRAL; WEISTOCK, 2010); na possibilidade de alinhar o poder global ao proporcionarem mais opções aos países de baixa renda (ROWLANDS, 2009; SATO, 2011) ou de mudar o paradigma da cooperação tradicional (MADSWLEY et al., 2014).

No entanto, a CSS não está livre de críticas, tais como a falta de transparência e coesão entre os países doadores do Sul. Além disso, apesar da CSS ter sido desenvolvida no contexto da defesa da horizontalidade da mesma, as ações de alguns países do Sul tem se caracterizado com base nos mesmos princípios dos países do Norte, desigual. Como é ressaltado por Carmody (2011; 2013) sobre os investimentos financeiros e programas de cooperação internacional dos países do BRICS, principalmente da China, pela aquisição dos recursos naturais da África Subsaariana.

1.3 COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL DA SAÚDE

A Cooperação Técnica Internacional (CTI) em saúde passa a ser ampliada e disseminada com a Rodada do Milênio, no ano de 2000, que estabeleceu os 8 Objetivos do Milênio. Destes 8 objetivos, 5 estão relacionadas a saúde: acabar com a fome e a miséria; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater a AIDS, a malária e outras doenças; e qualidade de vida e respeito ao meio ambiente. Desta forma, a saúde passa a ser considerada, tanto para os países desenvolvidos como para os países em desenvolvimentos, tema relevantes para possibilitar o desenvolvimentos dos Estados.

No entanto, a cooperação internacional em saúde não é recente. Desde a Grécia Antiga existe relatos sobre as pestes que atingiam as diferentes cidades, no qual ameaçam a vida dos povos sendo necessário cooperar entre os mesmos. No entanto, as iniciativas passam a ser intensificadas quando as doenças passam a afetar o comércio internacional. Como não se tinha conhecimento sobre as causas das doenças, a prática comum para o controle das mesmas era a quarentena, podendo ser imposta tanto às pessoas como aos navios comerciais. Dependendo da doença, a quarentena poderia durar meses, prejudicando o comércio da região (YOUDE, 2012).

Devido ao fato das quarentenas interromperem o fluxo de mercadorias e prejudicar o comércio internacional, os países europeus passam a verificar a necessidade de uma maior cooperação internacional relacionado ao controle das doenças. Com os avanços da teoria microbiana, passa a ocorrer diversas conferências internacionais no século XIX na busca da homogeneização das práticas de laboratório utilizadas para o reconhecimento dos agentes das doenças transmissíveis. Esses encontros ficaram conhecidos como as Conferências Sanitárias Internacionais, sendo a primeira realizada em 1851, em Paris. Considerada um marco histórico da cooperação internacional, pois era a primeira vez que os países europeus debatiam iniciativas de cooperação para o combate às transmissíveis e infecciosas como a cólera, a peste e a febre amarela; representando “uma transição radical na forma de conceituar e abordar a saúde internacionalmente” (FIDLER, 2004, p. 1).

Posteriormente foi realizado outras conferências²⁴, sendo a sétima Conferência Sanitária Internacional, em 1892, a que teve resultado mais significativo em criar a primeira Convenção Sanitária Internacional, no qual tinha como objetivo reger medidas sanitárias sobre os navios que passavam pelo Canal de Suez que vinham do Oriente. Outros aspectos relevantes dessa convenção foram: a concordância entre os países de emitirem notificações imediatas caso houvesse surtos de cólera ou outras doenças nas suas fronteiras nacionais, ampliando a informação entre os mesmos; inspeções médicas nos navios comerciais; fortalecimento para capacidades de saúde pública (YOUDE, 2012; SIDDIQI, 1995).

Assim, segundo Hochman, as Conferências Sanitárias Internacionais foram realizadas pelo resultado negativo das ações adotadas de forma individual no controle das doenças, necessitando de arranjos coletivos já que o problema da saúde interligava tanto os indivíduos de uma determinada região como de outras regiões. Desta forma, a conscientização da interdependência “significou a identificação dos elos que tornavam os indivíduos social e politicamente interdependentes e a possibilidade de regular os seus efeitos negativos” (HOCHMAN, 2012, p. 53).

Pelo interesse dos Estados Unidos expandir seu comércio com a América Latina, considerada rica em matérias primas e um mercado em potencial para a entrada dos produtos manufaturados norte-americanos, passa a defender a criação de um órgão que estabelecesse procedimentos sanitários comuns a todos os países da região. Com a concordância dos países da região é criado, em 1902, Oficina Sanitária Internacional, hoje chamada de Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tendo como objetivo propor mecanismos para o controle das doenças no continente americano (FEE; BROWN, 2002). A OPAS foi a primeira organização internacional na área da saúde. Em 1948, a OPAS é anexada a OMS, servindo como escritório regional da OMS nas Américas.

Outra organização criada a partir das Conferências Sanitárias Internacionais foi a Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP), em 1907, com sede em Paris. Seu objetivo era supervisionar as normas relativas a quarentena em portos e navios para evitar a propagação da peste e da cólera nos países europeus, coletar dados relacionados saúde, manter um serviço de inteligência epidemiológica, e fomentar outras

²⁴ Foram mais nove conferências realizadas no século XIX - 1859, 1866, 1874, 1881, 1885, 1892, 1893, 1894 e 1897; e quatro no século XX - 1903, 1911-1912, 1926 e 1938 (HOCHMAN, 2012).

convenções de saúde pública. Após a Primeira Guerra Mundial, houve a tentativa que incorporar a OIHP na Liga das Nações, mas foi rejeitada pela organização. Quando criada a OMS, a OIHP foi integrada na mesma (YOUDE, 2012).

Com o insucesso de integrar a OIHP na Liga das Nações, é criada a Organização de Saúde da Liga das Nações, sendo no início um comitê provisório, mas tornando-se permanente em 1924. Essa organização foi inspirada no ideal de prover de forma equitativa a saúde e o bem-estar social a fim evitar os conflitos ocasionados por problemas sociais e assim prevenir as guerras. Sua atuação passa a ser mais ampla do que as outras organizações já criadas que visavam conter a propagação das doenças principalmente. A Organização de Saúde da Liga das Nações defendia também iniciativas científicas para o avanço da ciência médica; e o desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde, incentivando a criação de políticas nacionais de saúde (WEINDLING, 2006).

Com o fracasso da Liga das Nações, é criada em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo uma das agências especializadas da ONU. Com sede em Genebra, tem como objetivo buscar desenvolver melhores níveis de saúde para as pessoas, sendo saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença e enfermidade”.²⁵ Até a década de 1970, as atividades da OMS foram limitadas a intervenções técnicas e a programas específicos destinados a enfrentar doenças particulares. Na Conferência Mundial da Saúde, em 1978, a OMS passa a ter um caráter mais abrangente, incluindo questões socioeconômicas e a prevenção de doenças através da melhoria das condições de vida da população (HERZ; HOFFMANN, 2004).

Os esforços da cooperação internacional na área da saúde, nas décadas de 1950 e 1960, acompanharam os interesses sobre o desenvolvimento. Nos anos 1970, com a militância dos países do Sul sobre a situação desigual da CID, a cooperação na área da saúde para a ser direcionada para a construção dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento com o foco na atenção primária à saúde. Esse direcionamento teve como base a Declaração de Alma Ata, gerada pela Conferência Mundial da saúde, citada acima, que estabeleceu o programa de Atenção Primária em Saúde e a declaração “Saúde para Todos no Ano 2000”, que enfatizou a necessidade da garantia ao acesso igualitário à

²⁵ Definição citada no Acordo Constitutivo da OMS (WHO Constitution) (WHO, 2011).

saúde em escala global, além de relacionar a questão aos direitos humanos fundamentais (ALMEIDA et al., 2010).

Com a crise econômica dos anos 1980 e o avanço do enfoque das políticas neoliberais de ajuste estrutural, difundiu-se a ideia do Estado mínimo e da redução dos gastos na área da saúde, reduzindo drasticamente aos projetos e programas de cooperação internacional em saúde. Este período também é caracterizado pela propagação da epidemia HIV/Aids, atingindo tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento, gerando enormes gastos aos sistema de saúde nacionais para o controle desta doença. Com a continuidade da crise e das políticas neoliberais nos anos 1990, a cooperação em saúde fora voltada mais “para intervenções tecnológicas e de produtos (novas drogas e vacinas, novos equipamentos), enquanto enfraquecia-se consideravelmente o apoio ao fortalecimento dos sistemas de serviços de saúde” (ALMEIDA et al., 2010, p. 28).

Mas foi no final do século XX que a saúde passa a ser vista como essencial para a melhora do desenvolvimento dos países. Tendo como base uma dessas preocupações, é assinado, no ano de 2000, a “Declaração do Milênio” por 192 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que definiu oito metas com o objetivo de garantir a sustentabilidade do planeta Terra. Com as Metas do Milênio, a saúde passa a ser verificada como “saúde global”, referindo a assuntos relacionados a saúde que transcendem tanto as fronteiras nacionais como as ações individuais dos Estados nacionais, que necessitam de resultados efetivos e “um sentido de responsabilidade coletiva pela saúde” (KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 1). Diferencia-se de outros termos comumente utilizados, tais como saúde internacional e saúde pública, pois “saúde global, [...] visa transcender os usos ideológicos anteriores da saúde internacional e implica compartilhar suscetibilidades, experiências e responsabilidades globais em torno da saúde” (BIRN, 2009, p.63).

1.4 GOVERNANÇA GLOBAL NA ÁREA DA SAÚDE E A DIPLOMACIA DA SAÚDE

Apesar da cooperação internacional na área da saúde ter tido avanços ao longo dos séculos XIX e XX, que resultaram na criação de convenções e de organizações internacionais na área da saúde, o tema ainda era considerado secundário, ora pelos interesses ligados ao comércio internacional ora pelos interesses militares. Com o aumento da globalização nos anos 1980 e com o termino da Guerra Fria no início dos

anos 1990, a interdependência entre os diversos atores do sistema internacional é intensificada, deixando o tema da saúde de ser considerada “*low politics*”.

Desta forma, os problemas relacionados a saúde passam a ser transnacionais, deixando de existir a tradicional separação entre o contexto doméstico e os esforços internacionais na área da saúde. Com o aumento da complexidade da interdependência gerada pela globalização contemporânea, os problemas e as ameaças passam a ser mais difíceis de resolver, evidenciando na necessidade de uma ação coletiva mais ampla e coordenada, envolvendo não só os Estados nacionais, mas também os demais atores relacionados ao tema da saúde. Esse contexto é chamado de Governança Global em Saúde.

Governança global refere-se a atividades apoiadas em objetivos comuns, que podem ou não derivar de responsabilidades legais e formalmente prescritas e que não dependem, necessariamente, do poder da polícia para que sejam aceitas e vençam resistências. Governança quer dizer um fenômeno mais amplo do que governo; abrange instituições governamentais, mas implica, também, em mecanismos informais, de caráter não-governamental, que fazem com que as pessoas e as organizações, dentro de sua área de atuação, tenham uma conduta determinada, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas (ROSENAU, 2000 apud ZARPELON, 2012).

Importante ressaltar que essa ação coletiva se difere do que foi feito anteriormente no contexto da cooperação internacional em saúde, até mesmo do que foi feito pela OMS (FIDLER, 2005; 2009; DODGSON, LEE; DRAGER, 2002). Apesar do consenso sobre a importância dessas iniciativas realizadas anteriormente, os fenômenos como a pandemia da HIV/Aids, o reaparecimento de algumas das doenças infecciosas e a mudança da percepção sobre a saúde, sendo tratada como “Saúde Global”, fazem ruir as tradicionais estruturas políticas, necessitando de um esforço coordenado entre os diversos atores do sistema internacional a fim de trabalharem em conjunto para resolverem os problemas que também são coletivos.

Segundo Dodgson, Lee e Drager (2002), as mudanças ocorridas no sistema internacional afetam a saúde, demandando novas formas de cooperação que vão além ações internacionais. Conforme Youde (2012), as ações atualmente requerem o equilíbrio entre as necessidades nacionais, regionais e globais, alocando recursos priorizando as ameaças globais e a melhora da saúde global, mobilizando os diversos atores a fim de desenvolverem repostas efetivas para os problemas globais.

É nesse contexto, que surge o termo “Diplomacia da Saúde”, que para McInnes e Lee (2012, p. 49) significa a inclusão de “*health issues*” nas discussões da política externa, ou para Buss (2013) quando o objeto das negociações internacionais passa a ser a saúde, no qual para Kickbusch e Berger (2010, p. 20), a saúde passa a ser reconhecida como um “bem público global”. Um dos primeiros autores a verificar essa mudança no contexto da saúde foi David Fidler, em um artigo de 2004. O mesmo coloca que a saúde pública no século XXI passou por uma revolução, que não estava relacionada às questões técnicas, como novas formas de tratamento ou novas práticas científicas, mas sim por um caráter político. Durante muitos anos a saúde pública foi menosprezada no cenário internacional, passando a ser atualmente assunto de grande interesse nacional envolvendo temas sobre segurança, política externa e governança global (FIDLER, 2004).

Para Kickbusch e Berger (2010, p. 20), a Diplomacia da Saúde:

une as disciplinas de saúde pública, relações internacionais, gestão, legislação e economia e se firma em negociações que modelam e administram o ambiente da política global para a saúde. As áreas que abriga são, entre outras: (i) negociação para a saúde pública entre fronteiras nos foros da saúde e de outras áreas afins, (ii) governança da saúde global, (iii) política externa e saúde e (iv) desenvolvimento de estratégias de saúde nacionais e globais.

O Brasil é um dos países que passam a se destacar no contexto da Diplomacia da Saúde. A saúde passa a ser reconhecida como relevante para a política externa brasileira no governo Lula (2003-2010). Além da liderança brasileira em diversos fóruns internacionais relacionados a área da saúde, junto com França, Indonésia, Senegal, Noruega, África do Sul e Tailândia, é assinado a Declaração Ministerial de Oslo, em 2007, no qual os países afirmam a relevância da saúde e a necessidade de trabalhar em conjunto por objetivos comuns (CHAN et al., 2008).

Com o aumento da interdependência na área da saúde, no qual tem gerado mecanismos de Governança Global nesse contexto, como por exemplo o Regime Sanitário Internacional e os objetivos do Milênio, o Brasil passa a intensificar suas ações de CTI prestadas em saúde aos países em desenvolvimento no início do século XXI. Com o grande aumento do número de projetos realizados com estes países, a Agência

Brasileira de Cooperação (ABC) passa a destacar o protagonismo brasileiro, sendo reconhecido como um dos grandes doadores de CTI na área da saúde. No entanto, apesar desse destaque, verificamos grande deficiência analítica sobre quais foram os fatores que possibilitaram o Brasil a realizar doação de CTI na área da saúde; essas ações basearam num contexto de solidariedade ou por interesses políticos e econômicos.

Dessa maneira, verificamos a relevância da presente pesquisa de analisar os questionamentos levantados acima. Partindo que a CTI é um dos instrumentos da política externa, o próximo capítulo tem como foco averiguar as diretrizes da política externa brasileira que contribuíram para o aprofundamento das ações brasileiras no contexto da CTPD e o contexto histórico do Brasil como doador de CTI aos países em desenvolvimento.

2 A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA E O CONTEXTO HISTÓRICO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL (CTI) PRESTADA DO BRASIL AOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO: UMA BREVE ANÁLISE

A literatura sobre a cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) passa a identificar no cenário internacional os “novos doadores” do Sul ou “doadores emergentes” (WALZ; RAMACHANDRAN, 2011; VAZ; INAOUE, 2007; BOBIASH, 1992; MAWDSLEY, 2012). O Brasil passa a ser considerado nesta categoria a partir do século XXI, principalmente no período do governo de Luiz Inácio Lula da Silva. Como mencionado no Capítulo 1 da presente tese, a CID possui três modalidades: a Cooperação Técnica Internacional, a Cooperação Financeira e a Assistência Humanitária. O grande enfoque do governo brasileiro no contexto da CID tem sido a realização de CTI prestada aos países em desenvolvimento.

Suas primeiras iniciativas como prestador de cooperação para o desenvolvimento foi no início dos anos 1970, mais de forma tímida e incipiente. Na década de 1980, com a institucionalização da Cooperação Técnica entre os Países em Desenvolvimento (CTPD), o Brasil busca avançar suas atividades nesse contexto, mas devido a escassez de recursos financeiros o governo brasileiro não conseguiu aprofundar suas ações como doador de CTI aos países em desenvolvimento. Foi com a estabilização econômica na década de 1990 que o Brasil retoma suas ações como doador de CTI, mas é no século XXI, no governo Lula (2003-2010) que ocorre a intensificação das ações de CTI prestada do país aos países em desenvolvimento, consolidando seu posicionamento como novo doador de CID do Sul.

Keohane (1969) desenvolve o termo de *System-affecting States*, ou seja, países intermediários que se reconhecem como potências médias e buscam influenciar os rumos do ordenamento mundial por meio de alianças e articulações coletivas. No entanto, estes países possuem recursos e capacidades limitadas comparadas as grandes potências. Assim, os países intermediários, por meio da defesa do princípio da igualdade nas arenas multilaterais, conseguem o apoio de países similares para atuar nestes fóruns internacionais, passando a exercer o papel de interlocutores ou de mediadores relevantes entre os grandes e os pequenos países do sistema internacional (LIMA, 2005). Nesse contexto, segundo Hirst (2009, p. 214), países intermediários ou de renda média, como o Brasil, têm sido essenciais para “oferecer bens públicos, tanto regionais

como internacionais, particularmente no campo da cooperação técnica”, aos países de renda baixa.

Sendo assim, este capítulo tem como objetivo apresentar a emergência e evolução do país de receptor para doador de cooperação técnica aos países em desenvolvimento. A fim de ressaltar essa mudança de comportamento por parte do Brasil, será abordada a influência da política externa brasileira e sua relação com a cooperação internacional, bem como a evolução da normatização regulatória com relação à cooperação internacional, ficando a cargo desde 1987 pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) vinculada ao Ministério das Relações Exteriores (MRE).

2.1 OS PRIMEIROS PASSOS DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL PRESTADA DO BRASIL AOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Os primeiros projetos de Cooperação Técnica Internacional (CTI) recebidos pelo Brasil datam de 1942, momento em que os Estados Unidos, visando atender a objetivos no contexto da Segunda Guerra Mundial, realizam ações na Amazônia no sentido de melhorar as condições sanitárias de algumas zonas produtoras de borracha. Não obstante, a primeira iniciativa brasileira em coordenar a cooperação técnica internacional recebida ocorreu em 1950. O Decreto nº. 28.799/50 institucionalizou a Comissão Nacional de Assistência Técnica²⁶ (CNAT), que tinha como função:

[...] fazer o levantamento das necessidades brasileiras em matéria de assistência técnica, receber e coordenar os pleitos provenientes de instituições brasileiras que solicitavam cooperação (assistência, à época) técnica junto a países industrializados e agências das Nações Unidas com as quais o Brasil mantinha acordos de cooperação. Cabia à CNAT deliberar sobre os projetos e ações de cooperação e estabelecer a prioridade para o encaminhamento dos pedidos. Dentre as demais competências legais da CNAT, incluíam-se também os estudos relativos à participação do

²⁶ Composta por representantes da Secretaria de Planejamento, do Ministério das Relações Exteriores e de Ministérios setoriais.

Brasil em programas de assistência técnica das agências das Nações Unidas e, eventualmente, da Organização dos Estados Americanos (OEA) (PUENTE, 2010, p. 100).

A crescente importância da cooperação técnica internacional recebida dos Estados Unidos e a falta de efetividade da CNAT fizeram com que as autoridades brasileiras criassem, em 1959, o Escritório Técnico de Coordenação dos Projetos e Ajustes Administrativos do Ponto IV (CONDE, 1990, p. 63). Em 1965, foi criado outro órgão para tratar da cooperação entre os respectivos países, a saber, o Conselho de Cooperação Técnica da Aliança para o Progresso (CONTAP), que tinha como objetivo captar e gerenciar recursos para o financiamento de programas e projetos de cooperação técnica dos Estados Unidos no âmbito da Aliança para o Progresso²⁷.

Sendo assim, verifica-se na década de 1960 um substancial crescimento de programas e projetos de cooperação técnica doados pelos países industrializados e organismos internacionais, tendo o Brasil como um dos beneficiários. Em 1965, o Brasil dispunha de três órgãos que tinham como função coordenar a cooperação técnica recebida: a CNAT, administrada pelo Itamaraty; o CONTAP, controlado pelo Ministério do Planejamento; e o Escritório Técnico do Ponto IV, que contava com a

²⁷ O governo Kennedy, com o objetivo de combater o avanço do comunismo na América Latina, lançou em 1961, a "Aliança para o Progresso", que consistia em programas e projetos de assistência ao desenvolvimento para os países latino-americanos. No Brasil, as instituições e programas da Aliança para o Progresso foram: Empresa Brasileira de Pesquisa Agrícola (Embrapa), com o Departamento da Agricultura dos EUA e várias universidades norte-americanas em áreas de pesquisa de ponta agrícolas, genéticas, entre outros; Conselho Nacional de Pesquisa Científica (CNPq), em convênio com a Academia Nacional de Ciências dos EUA e duas faculdades de química de São Paulo e Rio de Janeiro, para o desenvolvimento da indústria petroquímica no Brasil; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Bureau de Censo dos EUA, para modernização de dados estatísticos; Empresa Brasileira de Aeronáutica (Embraer) e Universidade de Michigan na criação de um Departamento de Engenharia Mecânica em São José dos Campos; Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), com assistência do programa da Agência Norte-americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) para a promoção da qualidade e estudos de engenharia (BRIGAGÃO; RODRIGUES, 2006, p. 54-55).

participação de diversos Ministérios em seu Conselho Consultivo (CABRAL, 1998, p. 39).

Mesmo contando com três órgãos responsáveis pela cooperação técnica internacional no Brasil, não funcionava de forma efetiva o arranjo institucional responsável em coordenar as ações em relação à CTI. Assim, em 1969, o Decreto Lei nº. 65476/69 deu fim aos três órgãos anteriores (CNAT, CONTAP e Escritório Técnico do Ponto IV) e criou um sistema interministerial baseado em dois órgãos principais: i) a Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (SUBIN), vinculada ao Ministério do Planejamento, responsável pela execução da política de cooperação técnica internacional; e ii) a Divisão de Cooperação Técnica (DCT), subordinada ao Ministério das Relações Exteriores (MRE), responsável pelo aspecto político dos acordos de cooperação internacional (PUENTE, 2010; ABC, 2014). Juntamente com a SUBIN e a DCT, outros dois órgãos passam a ser relevantes na institucionalização da Cooperação Técnica Internacional: a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP), direcionada para programas de apoio, consultoria, exportação, engenharia e tecnologia; e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), direcionado para programas bilaterais e multilaterais, relacionados tanto para elaboração da política de ciência e tecnologia como para o fortalecimento da estrutura científica e tecnológica do país (CERVO, 1994).

Segundo Valler Filho (2007, p. 75), com as mudanças institucionais sobre a cooperação internacional brasileira no ambiente doméstico e o ganho de experiência por meio da cooperação técnica internacional recebida, o Brasil inicia suas primeiras ações como doador de CTI internacional em 1971, com a assinatura dos seguintes acordos: Programa de Cooperação Técnica com o Paraguai; Relativo à Execução de Projetos de Cooperação Técnica com a Colômbia; Relativo à Criação de uma Comissão Mista de Cooperação Técnica, Econômica e Comercial com Trinidad e Tobago; e do *Aide Mémoire* sobre Cooperação Técnica com a Guiana. Entre os anos de 1972 e 1973, o Brasil firma também acordos de CTI prestada com Venezuela e Bolívia e mais 8 países da África: Costa do Marfim, Camarões, Benim, Gana, Mali, Nigéria, Senegal e Zaire. Entre 1974 e 1975 foi firmado acordos também com Chile, Gabão, México, Peru e Uruguai (VALLER FILHO, 2007, p. 68). Em estudo sobre a cooperação internacional brasileira entre os anos 1960 a 1990, Amado Cervo destaca que o Brasil realizou no total de 26 projetos de CTI prestada aos países em desenvolvimento na década de 1970 (CERVO, 1994b, p. 49).

Segundo Puente (2010, p. 103), nesse período

[...] no âmbito interno, assiste-se à progressiva convicção de que o Brasil deveria aproveitar a experiência adquirida com a cooperação técnica para fazer dela, além de um instrumento de desenvolvimento interno, também uma ferramenta de política exterior.

Assim, enquanto a cooperação técnica recebida no Brasil era considerada como uma alavanca propulsora para o desenvolvimento do país, a cooperação prestada era vista como um meio de estreitar os vínculos políticos, culturais e comerciais no contexto da Cooperação Sul-Sul. Em estudo realizado por Wladimir Valler Filho sobre a CTI brasileira, o autor destaca que nos anos 1970:

O objetivo principal desse mecanismo, na época, seria o de afirmar o Brasil como potência emergente, mediante a demonstração de sua capacidade tecnológica. A cooperação técnica veio a ser ainda oportuna na abertura de vias de entendimento com países em desenvolvimento, em especial os da América Latina e da África, e na promoção de exportações. Esperava-se, também, com essa política, conseguir o aprofundamento das relações com outros países em desenvolvimento, a fim de facilitar a articulação conjunta dos países do Terceiro Mundo nos foros internacionais (VALLER FILHO, 2007, p. 75).

Assim, em 1974, é criada a Unidade Especial para Cooperação Técnica para o Desenvolvimento (CTPD), no âmbito do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), a fim de fomentar essa cooperação, também chamada de *cooperação horizontal*, por rivalizar com a tradicional cooperação Norte-Sul considerada desigual para os países em desenvolvimento. Tendo o Brasil já iniciado sua cooperação técnica para com os países em desenvolvimento, o país passa a ter papel ativo nessas discussões no âmbito das Nações Unidas. Nesse sentido, em 1978, foi realizada na cidade de Buenos Aires, Argentina, a Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em

Desenvolvimento, momento em que as diretrizes dessa cooperação foram aprovadas por meio do Plano de Ação de Buenos Aires.

Cabe ressaltar que o Brasil passa a realizar projetos de CTI prestada a partir das demandas dos países em desenvolvimento. Nessa fase inicial, a maior parte das ações de CTI prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento consistia no treinamento de recursos humanos e de técnicos dos países receptores realizados no Brasil, junto a instituições nacionais (CONDE, 1990, p. 72). Desta forma, a CTI prestada do Brasil neste período consistiu na capacitação, principalmente, de funcionários governamentais de alto nível de setores técnicos específicos de seus países.

2.1.1 A política externa brasileira e a evolução da Cooperação Técnica Internacional prestada do Brasil aos países em desenvolvimento

A inserção internacional do Brasil e a dos países latino-americanos deveria ser estudada a partir de conceitos e modelos de análise desenvolvidos por pesquisadores da região. É neste contexto que Amado Luiz Cervo defende o argumento de que:

Toda teoria envolve uma visão de dentro das relações internacionais, porque veicula valores, desígnios e interesses nacionais. Por tal razão, uma teoria alheia pode ser epistemologicamente inadequada para explicar as relações internacionais de outro país e, ainda, ao informar o processo decisório, pode ser politicamente nociva. Tomemos dois exemplos elementares. Se o choque de civilizações, com que Samuel Huntington vê o mundo posterior à Guerra Fria, ou o dilema de segurança, com que R. Jervis interpreta os problemas da paz e da guerra, convêm como categorias explicativas e inspiração prática para os acadêmicos ou decisores norte-americanos, por óbvio, não convêm aos brasileiros nem como explicação das relações internacionais do país, muito menos como referências para o processo decisório (CERVO, 2008, p. 5).

Segundo o autor, o modelo de inserção internacional adotado pelo Brasil, entre os anos 1810 e 1930, caracteriza-se pelo paradigma Liberal-Conservador. O liberalismo, de matriz europeia, definia o modo de organizar a produção, de se fazer o comércio e de portar no exterior. O modelo liberal fazia valer os interesses dos países europeus pautados pela imposição da abertura ao comércio internacional aos seus produtos. Era um modelo de clara exploração da periferia pelo centro capitalista. Os liberais-conservadores brasileiros procediam à leitura do interesse nacional a partir de uma sociedade simples, composta apenas por dois grandes segmentos: os grandes proprietários e exportadores de café e açúcar: donos do poder; e os escravos, ex-escravos, trabalhadores livres e imigrantes. Deste modo, os dirigentes brasileiros consideravam o interesse nacional de acordo com os seus próprios interesses, ou seja, possuir mão-de-obra barata, exportar os frutos da lavoura e importar bens de consumo diversificados (CERVO, 2003; 2008). Isso representou na chamada "diplomacia da agroexportação", conceito elaborado por Clodoaldo Bueno.

A crise econômica que assolou os países capitalistas avançados no início da década de 1930, fazendo com que adotassem práticas nacionalistas e o protecionismo comercial, impulsionou os países latino-americanos para o processo de modernização. As massas urbanas passaram a requerer emprego e melhor renda, a burguesia nacional por novas oportunidades de negócios, os militares objetivando fornecer a segurança nacional, e os intelectuais e políticos com visão revolucionária. Nesse contexto, entre os anos de 1930 e 1989, o Brasil muda o paradigma de sua inserção internacional para o Estado Desenvolvimentista²⁸, por sua vez, composto por três características: i) consciência da transição; ii) desenvolvimento como vetor da política exterior; e iii) o realismo de conduta (CERVO, 2003; 2008). Além disso, o modelo de inserção internacional teria novas ações:

- a) realizar interesses de uma sociedade complexa;
- b) conceber o desenvolvimento como expansão da indústria; c) prover de eficiência a política exterior mediante autonomia decisória, cooperação externa,

²⁸ O modelo do Estado Desenvolvimentista articulou-se no Brasil em três fases sucessivas: i) a fase da implantação de uma grande indústria de transformação (1950 e 1960); ii) a fase da implantação da indústria de base (1970); e iii) a fase de inovação tecnológica em alguns setores de ponta a partir da década de 1970.

política de comércio exterior flexível e não doutrinária, subordinação da política de segurança, da guerra e da paz, aos fins econômicos e negociação simultânea com os grandes e os vizinhos (CERVO, 2003, p. 12).

Iniciada como receptora de doação internacional pelos países desenvolvidos, a cooperação técnica internacional do Brasil tinha como objetivo aprimorar o desenvolvimento tecnológico e econômico do país, uma vez que “a cooperação haveria de preencher, mediante mecanismos concretos, a função supletiva consignada à política exterior para o esforço interno de desenvolvimento” (CERVO, 1994b, p. 41). Em outras palavras, a busca pela CTI representara na possibilidade de conseguir a melhora do desenvolvimento e alterar a situação de dependência do país no cenário internacional. Foi este o escopo que definiu a institucionalização e o gerenciamento da CTI no Brasil.

Em decorrência de uma série de fenômenos internacionais que marcaram a década de 1970, como o fim do sistema de *Bretton Woods*, as crises do petróleo, a desvalorização do dólar, entres outros, fazem com que os Estados Unidos reduza suas importações dos países em desenvolvimento. Isso afeta diretamente a economia brasileira, fazendo com que o país alterasse sua estratégia de cooperação internacional. Como citado anteriormente, pelo conhecimento adquirido pelas cooperações técnicas internacionais recebidas no país e pelo sucesso da sua industrialização, possuindo de certa inovação tecnológica, o Brasil passa a realizar projetos de CTI prestada aos países em desenvolvimento neste período.

Desta forma, o Brasil se insere no contexto da Cooperação Sul-Sul, que passa a ganhar força no cenário internacional neste período. A partir da crítica dos países do Sul sobre a cooperação desigual realizada pelos países capitalistas avançados, ou seja, os países do Norte, a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) é colocada como uma via alternativa para o desenvolvimento dos mesmos. Assim, impulsionado pela boa imagem do país no sistema internacional bem como a propagação da CTPD, passa haver a demanda por parte dos países em desenvolvimento por projetos de CTI prestada do Brasil. Aliado ao interesse do país em utilizar a CTPD como instrumento da sua política externa para estreitar suas relações comerciais com os países do Sul, o Brasil passa a realizar projetos de CTI prestada aos países em desenvolvimento.

2.2 APROXIMAÇÃO DAS RELAÇÕES COM O SUL

A aproximação do Brasil com os países do Sul ocorreu entre os anos 1960 e 1970, fora motivada por diversos fatores: i) movimento no ambiente internacional por parte dos países do Terceiro Mundo em relação à cooperação prestada pelos países desenvolvidos, cooperação esta considerada desigual por permitir e acentuar as diferenças socioeconômicas entre países ricos e pobres, ou seja, os países do Norte mantinham o seu poder e seus benefícios às custas da subserviência e dependência por parte dos países do Sul; e ii) a pretensão do Brasil em ser uma potência média por meio do aumento da cooperação comercial e técnica com os países do Sul. Importante ressaltar que essa aproximação com os países em desenvolvimento não representou em uma ruptura com a tradicional cooperação do Brasil com as grandes potências.

Nesse contexto, será apresentado nos próximos dois subcapítulos um breve histórico acerca das relações do Brasil com os países da América Latina e da África no referido período. Apesar da aproximação do Brasil com os países da Ásia e do Oriente Médio, daremos ênfase no relacionamento do Brasil com os países da América Latina e da África, regiões estas que se destacam em maior número os projetos de cooperação internacional brasileira na área da saúde.

2.2.1 América do Sul

A relação do Brasil com os países da América Latina, entre as décadas de 1960 e 1970, foi caracterizada por avanços e retrocessos, ou seja, ora a política externa brasileira oscilou por uma maior aproximação com as grandes potências, principalmente Estados Unidos, ora por uma maior aproximação para com seus vizinhos. As primeiras iniciativas, que se tem história, da busca por uma maior aproximação entre os países da América Latina foram iniciados por Simon Bolívar, no século XIX, que tinha como projeto a integração do continente num caráter defensivo, ou seja, a partir da integração, os países, recém independentes, poderiam se defender caso houvesse tentativas de reconquista por parte das potências europeias. A partir dessa proposta foram realizados vários Congressos Pan-Americanos, no entanto a proposta da integração acabou não tendo êxito no continente. Segundo Herz e Hoffmann (2004), entre os motivos que levou ao fracasso da integração nesse período foi de que os Estados latino-americanos ainda estavam em processo de consolidação política das suas soberanias. Além disso, alguns países não aderiram a causa,

como o Brasil, que mesmo independente manteve um regime monárquico ligado a Coroa Portuguesa.

Apesar do fracasso, os congressos pan-americanos influenciaram na criação da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1948, tendo neste momento a liderança dos Estados Unidos. Já a discussão sobre a integração no continente fora retomada nos anos 1950 pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), órgão criado no âmbito das Nações Unidas, que tinha como objetivo incentivar a cooperação econômica entre os seus membros a fim de fazer com que os mesmos superassem a situação de subdesenvolvimento. Assim, influenciados pelas ideias da CEPAL, foi criada a Associação Latino-Americana de Livre-Comércio (ALALC), em 1960, que tinha como objetivo criar uma área de livre comércio na América Latina. Os membros fundadores foram: Argentina, Brasil, Chile, México, Paraguai, Peru e Uruguai; tendo novos membros nos anos 1970: Bolívia, Colômbia, Equador e Venezuela.

Segundo Cervo e Bueno (2008), o Brasil apoiou a ALALC pois via no bloco a possibilidade de ampliar suas exportações de produtos manufaturados. Além disso, a diplomacia brasileira não priorizou apenas o respectivo bloco, mas também passou a defender uma maior institucionalização da OEA como órgão de cooperação. No entanto, conforme os autores acima, nos anos 1970, o governo brasileiro passa a considerar que as organizações internacionais regionais não estavam produzindo o resultado esperado para o país. Assim, a política externa brasileira passa nessa época a enfocar também nas relações bilaterais com os países da América Latina. Tal ênfase teve como resultado prático na realização de vários projetos de cooperação: com o Paraguai, no contexto da usina hidrelétrica de Itaipu, em 1973; com a Bolívia, a respeito da utilização do gás boliviano, em 1973; com a Colômbia, sobre estudos relacionados ao carvão também no mesmo ano; com Uruguai, com relação a projetos de desenvolvimento, em 1974. Também fora assinado, em 1978, o Tratado de Cooperação Amazônica (TCA), liderado pelo Brasil, com os oito países amazônicos (Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela) com o objetivo de promover o uso técnico e integrado da bacia amazônica.²⁹ Brasil também

²⁹ Além destes acordos, foram implementados pelo Brasil outros projetos com recursos do PNUD na América Latina e África (CERVO; BUENO, 2008).

passa a ser observador do bloco econômico dos países andinos, o Pacto Andino³⁰.

Com a Argentina, a aproximação se deu mais tardiamente. Após resolverem as tensões sobre o uso da Bacia do Prata, assinaram o Acordo Tripartite, junto com o Paraguai, em 1979. Esse acordo representou no início da aproximação entre os dois países, resultando, posteriormente, no Programa para Integração e Cooperação Econômica (PICE), em 1986 e a Declaração Conjunta sobre a Política Nuclear, em novembro do mesmo ano. Esse acordo representa o início do processo de integração econômica da América do Sul.³¹ Assim, conforme mencionado por Cervo e Bueno (2008), o Brasil teve como estratégia a aproximação com a América Latina na ação em diversos níveis: nos órgãos internacionais regionais – OEA e ALALC; pela diplomacia pessoal buscando afinar posições para a realização de projetos de intercâmbio; e por acordos bilaterais mantendo os acordos já existentes e ampliando a cooperação com novos projetos.

2.2.2 Países Africanos

A aproximação das relações brasileiras com os países africanos foram caracterizados em dois momentos, segundo Cervo e Bueno (2008): o primeiro, de forma mais simbólica do que prática, teve início a partir da década de 1950, momento em que o Brasil passou a apoiar os países recém independentes da África Negra nos fóruns internacionais, mas sem comprometer suas relações com Portugal; e o segundo momento, entre 1973 e 1974, caracteriza-se pelo abandono do Brasil do alinhamento automático com Portugal aumentando a cooperação comercial e técnica com os países africanos.

Os primeiros contatos partiram do Itamaraty no ano de 1957, momento em que foi emitido um memorando no qual o Brasil reconhecia a importância da África e da Ásia. Conforme Lechini (2008), apesar dos laços históricos, culturais, étnicos e linguísticos, os diplomatas brasileiros

³⁰ Bloco econômico, hoje conhecido de Comunidade Andina, que fora constituído em 1969 seguintes países: Bolívia, Colômbia, Equador, Peru, Chile que deixou o bloco em 1977 e a Venezuela que também deixou o bloco em 2006.

³¹ Essa aproximação resultou no Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento em 1988, onde Argentina e Brasil concordam em criar uma área de livre comércio no período de 10 anos. Paraguai e Uruguai posteriormente aderiram a essa proposta, assinando assim o Tratado de Montevideo, em 1991, criando o bloco Mercosul.

tinham pouco conhecimento sobre a África, exceto por breves contatos na ONU. Em março de 1961 foi criado no Itamaraty um Grupo de Trabalho para estudar o continente africano, por sua vez, “incumbido de apresentar conclusões sobre as missões diplomáticas e repartições consulares nos novos Estados africanos e de propor medidas concretas para o desenvolvimento das relações econômicas, comerciais e culturais entre o Brasil e o continente africano” (CERVO; BUENO, 2008, p. 320).

Ao longo da década de 1960 cerca de 17 países africanos tornaram-se independentes. Apesar do Brasil não ter reconhecido os recém Estados independentes, várias embaixadas brasileiras foram instaladas no continente africano, sendo as primeiras em Gana, Nigéria e Senegal, no governo de Jânio Quadros (1961). O governo de João Goulart (1961-1964) continuou também nesta linha de abertura de embaixadas brasileiras na África (CERVO; BUENO, 2008). Foi também adotada pelo Brasil uma postura mais firme na ONU com relação à descolonização na África, no entanto, complicada³² para o país, pois não podia adotar um posicionamento rígido com relação as colônias portuguesas na África (AMORIM, 2011).

Com o regime militar instaurado no Brasil em 1964, Castello Branco (1964 a 1967) retoma a aproximação do Brasil com os Estados Unidos. Nesse contexto, conforme declarado pelo Ministro das Relações Exteriores, Juracy Magalhães: “Tudo o que fosse bom para os Estados Unidos também é bom para o Brasil” (DÁVILA, 2011, p. 52). Nesse período a política externa brasileira também retoma a aproximação com Portugal reforçando o apoio à Comunidade Luso Brasileira.

No governo seguinte, sob o comando do Marechal Arthur da Costa e Silva (1967 a 1969), o Brasil voltou-se novamente para os países do Terceiro Mundo com o objetivo de abrir novas oportunidades de comércio. Criou novos postos diplomáticos na África, no entanto sem deixar de apoiar o colonialismo português. No governo Médici (1969 a 1974), com o crescimento da economia brasileira, foi dada continuidade do Brasil buscar novos avanços para a exportação, verificando o continente africano como um potencial parceiro econômico, comercial,

³² O Brasil estava atado pelo Tratado de Amizade e Consulta, assinado em 1953, com Portugal, que determinava a consulta entre ambos sobre qualquer assunto internacional de comum interesse, abrangendo, nesse contexto, a questão colonial do continente africano. Assim, o Brasil manifestava-se a favor do projeto de “Declaração sobre a Concessão da Independência aos povos e países das colônias”, mas aceitando o colonialismo português na África (CAU, 2011).

político, cultural e histórico. Assim, partindo de estudos e contatos realizados pelo Itamaraty, buscou-se por parte do Brasil, o apoio aos países independentes da África nos foros internacionais que, por sua vez, defendiam a criação da nova ordem internacional (PINHEIRO, 2007).

Gibson Barboza, Ministro das Relações Exteriores do governo Médici, em fins de 1972, realizou uma importante viagem a oito países da África Ocidental (Senegal, Costa do Marfim, Gana, Togo, Daomé, Nigéria, Camarões, Gabão e Zaire), retornando no ano seguinte para visitar Quênia. O resultado prático dessas visitas traduziu-se na realização de acordos comerciais e de cooperação técnica, científica e cultural (CERVO; BUENO, 2008). Conforme ressaltado por Dávila (2011), o Brasil tinha a expectativa de que a diplomacia pessoal pudesse abrir as portas para as exportações brasileiras.

Ainda no governo Médici, a aproximação do Brasil com os países africanos fez com que erodisse o contexto da comunidade luso-africana, em que o Brasil deixou de apoiar o colonialismo de Portugal na ONU, em 1973. Este é o período de transição, mencionado por Cervo e Bueno (2008), em que se inicia o segundo momento da aproximação do Brasil com os países africanos.

A consolidação da aproximação do Brasil com os países africanos ocorre em 1974, ano sucede a Revolução dos Cravos que depôs o regime ditatorial em Portugal. O Brasil passa a se posicionar de forma mais clara a favor do incremento da Cooperação Sul-Sul, defendendo o princípio da soberania e da autonomia econômica dos Estados e criticando à discriminação social e a manutenção do colonialismo (CERVO; BUENO, 2008). Essa mudança quanto ao posicionamento brasileiro torna-se expressa pelo reconhecimento do Brasil das independências das ex-colônias portuguesas: Guiné-Bissau, Moçambique, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe e Angola³³.

Desta forma, na década de 1970, o governo brasileiro passa a considerar a África, principalmente os países de língua portuguesa, como região estratégica para a expansão das relações econômicas do Brasil. Cervo e Bueno (2008) destacam que as exportações brasileiras para a África passou de 90,4 milhões para 1,96 bilhão de dólares, e as importações de 152,9 milhões para 1,98 bilhão de dólares neste período, significando crescimento expressivo das relações comerciais do Brasil com este continente.

³³ O Brasil foi o primeiro país a reconhecer a independência de Angola em 1975.

2.3 AVANÇO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL BRASILEIRA NOS ANOS 1980 E 1990: A CRIAÇÃO DA AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO

Com o aumento do protecionismo por parte dos países desenvolvidos, devido a crise econômica mundial dos anos 1970, os países em desenvolvimento buscaram intensificar a Cooperação Sul-Sul no início da década de 1980. Este período é marcado pelo incremento da demanda dos países em desenvolvimento por projetos de CTI prestados pelos países do Sul. Nesse contexto, ocorre um acréscimo das ações de CTI prestada brasileira aos países em desenvolvimento. No entanto, os mecanismos existentes de CTI no Brasil eram voltados para a cooperação recebida, não havendo uma institucionalização adequada para vincular as atividades de CTI prestada do Brasil, conforme é destacado por Miranda (2004, p. 47): “a atuação da Subsecretaria de Cooperação Econômica e Técnica Internacional (Subin) assemelhava-se a um atendimento de balcão, apenas respondendo – e não propondo – às solicitações”.

Em vista que a Subin passa a demonstrar falta de capacidade em atender as novas tarefas da cooperação prestada e sua consequente redução financeira devido a diminuição de recursos (advindos do exterior por meio da cooperação recebida), verifica-se a necessidade de alterar mais uma vez a estrutura institucional da cooperação técnica do Brasil. Nesse sentido, em 1987, foi criada a Agência Brasileira de Cooperação (ABC) por meio do Decreto Nº 94.973 (BRASIL, 1987), vinculada inicialmente à Fundação Alexandre de Gusmão (FUNAG), órgão ligado ao Ministério das Relações Exteriores (MRE). Com a criação da ABC, é extinta tanto a Subin, que era vinculada ao Ministério do Planejamento, como a Divisão de Cooperação Técnica (DCT), vinculada ao MRE, unificando a cooperação internacional brasileira num só órgão (ABC, 2014).

Segundo os documentos oficiais da ABC:

A fusão das funções desempenhadas por essas unidades – com a extinção da SUBIN e da Divisão de Cooperação Técnica e a criação da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) no âmbito do MRE – representou um avanço no sentido de dotar o País de uma Agência especializada em CTI, unificando as funções técnica e de política externa;

não obstante, persistiu a necessidade de proceder-se à estruturação definitiva no modelo institucional adotado (ABC, 2014).

A opção de criar uma Agência e não um Departamento (unidade funcional tradicional no Itamaraty) ocorreu por dois motivos. Primeiramente, diante do contexto prático e organizacional das agências bilaterais dos países doadores (países desenvolvidos), tais como: a Agência Alemã de Cooperação Técnica (GTZ), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), a Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (CIDA), dentre outras; inspirando na criação da ABC, agência especializada, subordinada ao MRE, dotada de funções técnicas e executivas. E o segundo motivo foi de ordem política, no sentido de atribuir ao MRE a responsabilidade pela condução dos processos de cooperação técnica internacional realizada pelo país, já que o mesmo era responsável pela condução da política externa brasileira (PUENTE, 2010).

A ABC ficou vinculada à Fundação Alexandre Gusmão (FUNAG), órgão adstrito do Itamaraty. Segundo o Diretor Geral da ABC, Fernando José Marroni de Abreu, ficou estabelecida que a ABC atuaria exclusivamente em cooperação técnica, sendo as outras modalidades de cooperação brasileira ao exterior, como a financeira, educacional, humanitária e cultural, conferidas a outros órgãos do governo brasileiro³⁴ (Abreu, 2013). Assim, por meio do Artigo 30 do Decreto 94.973/87, ficou estabelecido que a ABC teria como funções: “operar programas de cooperação técnica (recebida ou prestada) em todas as áreas do conhecimento, entre o Brasil e outros países e organismos internacionais, nos termos da política externa brasileira” (BRASIL, 1987). Suas atribuições foram estabelecidas no artigo seguinte do decreto, sendo:

- I – Articular órgãos e entidades nacionais, estrangeiras e internacionais, públicos e privados, inclusive instituições de ensino e pesquisa, para participação em programas de cooperação técnica;
- II – promover e organizar a participação de empresas privadas em programas de cooperação técnica;

³⁴ Exemplo disso foi a cooperação financeira, que era função da SUBIN, continuou no âmbito do Ministério do Planejamento, à cargo da Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN).

- III – celebrar convênios internos;
- IV – propor e coordenar programas de cooperação técnica e executar os programas aprovados pelo Ministério das Relações Exteriores;
- V – acompanhar e avaliar a execução dos programas de cooperação técnica;
- VI – assessorar o Departamento de Cooperação Científica, Técnica e Tecnológica do Ministério das Relações Exteriores no exame da viabilidade e dos resultados de programas de cooperação técnica;
- VII – assessorar tecnicamente o órgão central de planejamento da União no processo de elaboração orçamentária, no tocante aos projetos e atividades de cooperação técnica internacional a serem desenvolvidos pelos demais Ministérios;
- VIII – analisar, em conjunto com os Ministérios responsáveis pela formulação de planos e políticas globais e setoriais, o mérito dos projetos e atividades de cooperação técnica internacional, possibilitando ao Ministério das Relações Exteriores negociação de Programa Global de Cooperação com as respectivas fontes externas;
- IX – processar, difundir e repassar aos destinatários os dados referentes à oferta e à demanda de cooperação internacional;
- X – selecionar ou apontar instituições e pessoal técnico habilitados a participarem de projetos de cooperação técnica internacional;
- XI – organizar cursos, estágios e visitas de missões;
- XII – administrar os recursos humanos, materiais e financeiros à sua disposição; e
- XIII – organizar ações ligadas ao Voluntariado Internacional (BRASIL, 1987).

Apesar da reestruturação da cooperação técnica do Brasil, segundo Puente (2010, p. 107) os problemas anteriores foram passados para a nova agência, como: “a falta de recursos humanos especializados em número suficiente para atender a demanda crescente, a ausência de um marco regulatório legal para a cooperação, que facilitasse sua execução, e a insuficiência de recursos financeiros para custear as ações de CTPD.” Assim, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) passa a ter papel significativo na construção institucional da ABC,

auxiliando na capacitação de recursos humanos da agência, na adoção de métodos gerenciais para a gestão da cooperação técnica brasileira, como interlocutor da agência na CTPD nos países receptores, entre outras atividades desenvolvidas. Segundo a ABC, o objetivo dessa cooperação com o PNUD “foi o de fortalecer a Agência recém criada pelo Governo brasileiro, obedecendo a uma visão de longo prazo de dotar o País de autonomia na área, sem descuidar de obter resultados concretos no curto e médio prazos” (ABC, 2014).

Até a década de 1990, a ABC ficou responsável pela CTI prestada do Brasil aos países em desenvolvimento e pela cooperação técnica internacional recebida dos países desenvolvidos. Nos anos 1990, passa a haver o aumento da cooperação técnica recebida multilateral (CTRM), realizada por organizações internacionais multilaterais, como Banco Mundial, PNUD, dentre outras. Com esse aumento, de 17 projetos em 1990 para mais de 300 no ano de 2000, é criada na ABC uma Unidade de Administração de Projetos (UAP) a fim de administrar esses projetos de cooperação técnica recebida multilateral.³⁵ (PUENTE, 2010, p. 110).

Em 1996, a ABC desvincula-se da FUNAG e passa a ser subordinada formalmente à Subsecretaria-Geral de Cooperação e de Promoção Comercial do Ministério das Relações Exteriores (ABC, 2014; PUENTE, 2010). Desde sua criação até hoje, a estrutura organizacional da ABC continua basicamente a mesma: uma diretoria, três áreas gerais (cooperação Sul-Sul; cooperação recebida multilateral e cooperação recebida bilateral) e uma unidade responsável pela administração e orçamento. Com relação a CTPD, as atividades são divididas, respectivamente, entre: uma unidade responsável para o desenvolvimento de programas de cooperação com países da América Latina e Caribe; duas unidades responsáveis para o desenvolvimento de programas com os países africanos; e uma unidade responsável pelas relações de cooperação com os países do Mercosul, e organismos de âmbito regional interamericano e ibero-americano. Os programas de cooperação Sul-Sul com países da Ásia, Oceania, Oriente Médio e do leste europeu são tratados em subunidades dentro das unidades principais (ABREU, 2013, p. 5).

³⁵ Apesar do foco dessa pesquisa não ser a CTRM, é importante ressaltar que a UAP é extinta em 2003 no qual estava fazendo da ABC, segundo Puente (2010) em mera agência de administração de projetos de cooperação recebida multilateral.

2.4 A RELAÇÃO DA POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA COM A COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL DO BRASIL NAS DÉCADAS DE 1980 E 1990

Os anos de 1980 é marcado pelo término das ditaduras militares na América Latina. No Brasil, esse termino ocorreu em 1985, fazendo o país a ingressar novamente no contexto democrático. O primeiro presidente civil brasileiro após o golpe militar de 1964 deveria ser Tancredo Neves, mas o mesmo acaba falecendo antes de tomar posse, assumindo seu vice, José Sarney (1985-1990). No entanto, apesar dessas mudanças a política externa brasileira continuou com o foco desenvolvimentista, ou seja, voltada para o desenvolvimento interno e da cooperação com os países em desenvolvimento.

A aproximação do Brasil com os países em desenvolvimento pode ser corroborada pelo contexto do que os autores Tullo Vigevani e Gabriel Cepaluni ressaltam que desde o governo de Getúlio Vargas (década de 1930), até o governo Sarney, com algumas oscilações, a política externa brasileira estava pautada na "autonomia pela distância". Autonomia, para os autores, significa “a condição que permite que os Estados formulem e implementem sua política externa independentemente do constrangimento imposto por Estados mais poderosos.” (VIGEVANI; CEPALUNI, 2011, p. 34). Já a distância quer dizer uma política externa volta para o afastamento da agenda liberalizante propagada pelas grandes potências, mais especificamente pelos Estados Unidos. O Brasil baseia-se na sua expansão econômica guiada pelo desenvolvimento autárquico, pelo avanço do mercado interno e pela resistência ao ingresso do país aos regimes internacionais que perpetuam o *status quo* das grandes potências, como por exemplo, o regime internacional do comércio – o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT, sigla em inglês) – no qual prevalecia os interesses das potências econômicas³⁶ (VIGEVANI; CEPALUNI, 2011).

No governo Sarney, a aproximação com a África foi bastante modesta. Apesar da relevância da África para o Brasil, com a instabilidade política e econômica de muitos países africanos, a região foi considerada com menor importância no quadro geral da política externa

³⁶ O GATT nesse período irá buscar a implementação de uma agenda mais ampla, buscando inserir discussões sobre o comércio de serviços, de investimentos e o direito de propriedade intelectual, no qual representavam os interesses das grandes potências econômicas.

deste governo. As relações do Brasil com o continente africano na gestão de Sarney guiou-se mais por uma política voltada para os laços culturais e históricos com a região. Tanto que foi neste governo que deu início as primeiras ações para o fortalecimento da língua portuguesa entre os países com idioma oficial o Português, sendo considerado o embrião da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), criada na década seguinte.

Já no governo Sarney ocorreu uma intensa aproximação do Brasil com os países da América Latina. Uma das primeiras medidas do governo Sarney foi o reatamento das relações diplomáticas com Cuba. Com a Argentina, as relações começam a melhorar desde 1979, quando fora estabelecido o Tratado Tripartite, incluindo o Paraguai, que estabeleceu as regras da utilização hidroelétrica das águas do Rio Paraná. Em 1985, foi assinado a Declaração de Iguazu entre José Sarney e Raúl Alfonsín, presidente na época da Argentina, a intenção de iniciar uma aproximação econômica entre os mesmos resultando, em 1986, no estabelecimento do Programa de Integração e Cooperação Econômica (PICE). Em 1988, é dado um novo passo na integração econômica entre Brasil e Argentina, com a assinatura do Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento, que previa a criação, no prazo de dez anos, de uma área de livre comércio entre os dois países³⁷. Esse acordo estimula Uruguai e Paraguai a participarem também da integração do processo de integração regional, culminando na assinatura do Tratado de Assunção, em 1991, criando o Mercosul.

No contexto da CTI prestada do Brasil aos países em desenvolvimento, ocorre um certo aumento das ações brasileiras neste contexto nos anos 1980 devido a intensificação da demanda por parte dos países do Sul. No entanto, por falta de recursos, tanto internos pela forte recessão econômica no Brasil como internacional no qual os organismos internacionais direcionam seus financiamentos para projetos voltados para a melhora da pobreza dos países em desenvolvimento, o governo brasileiro não conseguiu intensificar suas ações de CTI prestada aos países do Sul. No governo Sarney, o Brasil direciona seus projetos de CTI prestada principalmente aos países da América do Sul.

Com as fortes pressões internacionais, principalmente por parte dos Estados Unidos que realizou duras sanções econômicas sobre o Brasil

³⁷ Área de livre comércio representa na eliminação gradual das barreiras alfandegárias (tarifas relacionadas a importação e exportação) com relação ao comércio de mercadorias entre os países envolvidos.

na área da informática e das patentes farmacêuticas, no final da década de 1980 o Brasil passa a se inserir paulatinamente na agenda liberalizante, denominada por Vigevani e Cepaluni (2007; 2011) de autonomia pela participação, ou seja, buscando se inserir nas principais discussões da agenda internacional como direitos de propriedade intelectual, meio ambiente, direitos humanos, dentre outras.

Essa lógica é mantida nos Governos de Fernando Collor (1990-1992) e de Itamar Franco (1992-1994), consolidando-se no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003). No governo Collor, a política externa brasileira tinha como prioridades: i) atualizar a inserção internacional do país em face da emergência de novos temas e agendas, tais como: meio ambiente, direitos humanos, tecnologias sensíveis; ii) fortalecer uma aliança positiva com os Estados Unidos; e iii) descaracterizar o perfil terceiro-mundista do Brasil no cenário internacional. Mas, o processo de integração econômica com os países da América do Sul foram mantidas, como também a relação com os países em desenvolvimento, onde o Brasil permanece como membro do Grupo dos 77 e não abandona sua condição de observador do Movimento dos não Alinhados. No contexto da CTPD, o Brasil mantém seu enfoque gradativo voltado principalmente aos países latino americanos (Hirst & Pinheiro, 1995).

Com o *impeachment* de Collor de Mello em dezembro de 1992, Itamar Franco (1992-1995), seu vice, assume a presidência com a difícil tarefa de resolver o problema da estabilização econômica e monetária do país. Deixando à cargo do Ministério das Relações Exteriores a formulação e execução da política externa, este, por sua vez, buscou construir uma relação positiva com os Estados Unidos ao mesmo tempo em que procurava ampliar o relacionamento do Brasil com outros países, de modo a aproveitar as oportunidades diante da nova configuração internacional no pós-Guerra Fria. No âmbito regional, em 1993, o Brasil reativa a Zona de Paz e Cooperação do Atlântico Sul (ZOPACAS), que tinha como objetivo fomentar a cooperação regional para a manutenção da paz e segurança do Atlântico Sul. Em 1994, a assinatura do Protocolo de Ouro Preto estabelece as bases institucionais para o Mercosul, aprofundando assim o processo de integração econômica regional. No mesmo ano, o Itamaraty realiza, em Brasília, o 1º Encontro dos Chanceleres dos Países de Língua Portuguesa, evento precursor da CPLP (CAMPOS, 2008a).

Após exercer os cargos de Ministro das Relações e Ministro da Fazenda no governo de Itamar Franco, Fernando Henrique Cardoso

(FHC) passa a ser o novo presidente da República do Brasil. Após conseguir controlar a inflação³⁸ e possibilitar a estabilidade econômica no Brasil, o governo FHC passa a dar ênfase nas ações de política externa na busca de inserir o Brasil na construção das regras internacionais, de modo a melhorar a imagem e a legitimidade do país no cenário internacional. Como bem destaca Luiz Felipe Palmeira Lampreia, Ministro das Relações Exteriores neste governo³⁹:

[...] os dados básicos de nossa presença internacional neste momento, dados que desejamos permanentes, definitivos, são a democracia e a estabilidade econômica [...] no plano político, a valorização internacional da democracia, dos direitos humanos, do desenvolvimento sustentável. No plano econômico, a estabilidade e a tendência de liberalização comercial, que o Brasil passou a seguir desde o início dos anos noventa (LAMPREIA, 1998, p. 7).

Foi nesse governo que houve a consolidação da estratégia da política externa brasileira pautada na "autonomia pela participação". Segundo Vigevani e Cepaluni (2011), a autonomia pela participação caracterizou-se pela busca do país em participar mais ativamente na elaboração e regulamentação das normas e regras nas relações internacionais de modo a contribuir para o estabelecimento de um ambiente favorável ao seu desenvolvimento econômico. Por meio da maior adesão aos regimes internacionais, o país buscava uma "[...] autonomia articulada com o meio internacional" (LAMPREIA, 1999, p. 11). Nesse sentido, a perspectiva institucionalista passou a ser mais favorável na consecução dos interesses brasileiros uma vez que promovia o respeito às regras na política internacional, as quais, quando

³⁸ O Brasil apresentava índices altíssimos de inflação entre os anos de 1990 a 1994. A saber, a inflação acumulada, respectivamente, em 1990, foi de 1.476,71%; em 1991, de 480,17%; em 1992, de 1.157,84%; em 1993, de 2.708,39%; em 1994, de 909,67%. Importante ressaltar que após a implantação do Real, a inflação acumulada, em 1995, caiu para 14,77% (VIGEVAANI; CEPALUNI, 2011, p. 77).

³⁹ Os Ministros das Relações Exteriores no governo FHC foram: Luiz Felipe Palmeira Lampreia (01/01/95 a 12/01/02), Luiz Felipe de Seixas Corrêa (12/01/02 a 29/01/02) (*interino*) e Celso Lafer (29/01/02 a 01/01/03).

estabelecidas, deveriam ser respeitadas por todos os Estados, inclusive pelas grandes potências.

A autonomia pela participação no governo FHC representou a busca pelo Brasil em se tornar um *global trader*. A incorporação do conceito de *global trader* significava inserir o país como um ator com interesses globais, assumindo posições e agendas diversificadas buscando, com isso, novas parcerias comerciais sem se vincular a um único parceiro. Tal busca representou no pragmatismo comercial adotado pelo país marcado por uma política externa universalista caracterizada em fortalecer as relações econômicas já existentes e construindo outras. No plano da cooperação internacional, este governo buscou também conquistar uma posição de *global partner*, ou seja, em ampliar suas parcerias no ambiente internacional.

Assim sendo, se até o final do período da Guerra Fria as ações da política externa brasileira foram reativas ao que estava ocorrendo no sistema internacional, pautadas pelo afastamento do país em assuntos polêmicos, no governo FHC esse aspecto é substituído por uma agenda internacional pró-ativa assentada na lógica da “autonomia pela participação”. As estratégias escolhidas por FHC para aumentar a projeção internacional do Brasil consistiam, de modo geral, na eliminação da percepção negativa do país na sociedade internacional - de forma a convencer seus parceiros de que o Brasil estava apto para arcar com as obrigações na economia mundial -, e na ênfase nas rodadas de negociações na OMC por considerar que tais negociações seriam mais benéficas para a consecução dos interesses nacionais, pois, além de trazer novas alianças, a referida organização era possuidora de mecanismos de resolução de conflitos comerciais mais justos, caracterizado pelo Órgão de Solução de Controvérsias (OSC) da OMC.

Neste contexto, o Brasil se envolveu em vários casos de disputas comerciais no OSC da OMC, mas os que ganharam maior repercussão foi o contencioso entre a Bombardier (empresa de aviação canadense) e a Embraer (empresa brasileira de aviação) no qual o Brasil saiu vitorioso com relação ao Canadá; e a disputa entre o governo brasileiro e as grandes empresas farmacêuticas estadunidenses, que levou o Brasil a exigir a possibilidade do uso da licença compulsória para a fabricação de

remédios para o tratamento da HIV/Aids⁴⁰, no qual o OMC permitiu o Brasil a fazer uso desta licença.

Em relação à África, as ações da política externa brasileira foram mais pontuais. A participação do exército brasileiro em missão de paz da ONU em Angola no ano de 1995; acordos firmados na área comercial principalmente com os PALOPs; busca de aproximação com a África do Sul seja no contexto econômico como em cooperações internacionais na área tecnológica; a realização de projetos de CTI na área da saúde no controle e prevenção da HIV/Aids e na capacitação de recursos humanos em saúde dos países receptores.

Cervo (2003, p. 19), ao analisar a PEB no governo FHC, destaca que este governo fora caracterizado pela “dança dos paradigmas: o desenvolvimentista, que agonizava mas não morria; o normal, que emergia de forma prevalecente; e o logístico, que se ensaiava ao mesmo tempo”. O paradigma desenvolvimentista, conforme mencionado anteriormente, entendia a política externa como um instrumento para promover o desenvolvimento econômico do país. O paradigma normal, ou neoliberal, representava na adoção de medidas neoliberais, preconizadas pelo Consenso de Washington, aos países da América Latina como forma dos mesmos saírem da crise econômica da “década perdida”. Tais medidas consistiram, principalmente, na abertura do mercado nacional, privatizações, proteção do capital estrangeiro e na redução do papel do Estado na economia. Desse modo, ser normal significava seguir a cartilha neoliberal. O paradigma logístico caracteriza-se no papel do Estado em dar apoio logístico aos empreendimentos públicos e/ou privados, mantendo o país na esfera do sistema neoliberal, mas recuperando a autonomia decisória perdida durante o paradigma normal⁴¹⁴².

⁴⁰ No âmbito da OMC, o Brasil buscou, junto com demais países em desenvolvimento, em alterar as regras na organização de forma a reduzir os subsídios agrícolas praticados pelos EUA e pelos países europeus.

⁴¹ Os paradigmas correspondem por determinados períodos históricos: i) o Liberal-Conservador, entre 1810 e 1930; ii) o Estado Desenvolvimentista, entre 1930 e 1989; iii) o Estado Normal ou Neoliberal, entre 1990 e 2002; e, iv) o Estado Logístico.

⁴² Segundo Cervo (2003), o paradigma logístico foi apenas um ensaio no governo FHC. Esse ensaio pode ser verificado pela contenda da Bombardier (empresa canadense) contra a Embraer, levando o governo canadense a abrir um painel na OMC contra o Brasil por acusar o mesmo de praticar subsídios. Durante o governo FHC, fora implementado o ProEx (programa a exportação) no qual

No contexto da CTPD, vai ser no governo FHC que o Brasil passa novamente a intensificar as ações nesse escopo, assinando vários acordos de CTI principalmente com os países da América do Sul. Os temas que predominaram estes acordos de CTI prestada do Brasil na gestão de FHC foram na América do Sul sobre cooperação no controle das fronteiras nacionais, segurança, energia nuclear, meio ambiente e saúde; e na África sobre agricultura, educação e saúde (DINIZ, 2013).

Mas vai ser no governo Lula (2003-2010) que o Brasil amplia e diversifica as ações de CTI prestada do Brasil aos países em desenvolvimento, realizando projetos não só com os países da América do Sul, mas também com os PALOPs, e outros países da África e da Ásia, assunto que será abordado no próximo item, foco desta tese.

2.5 A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA NO GOVERNO LULA E O APROFUNDAMENTO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL PRESTADA PELO BRASIL AOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

A Cooperação Sul-Sul (CSS) é concebida na PEB do governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) uma importante diretriz na consecução do interesse nacional do país, não obstante a importância dada a mesma por FHC a partir do ano 2000. Buscando manter as alianças do Brasil com seus antigos parceiros, intensifica-se a CSS de modo a prospectar acordos com países não tradicionais como: China e Rússia; e países em regiões do Oriente Médio, África, Ásia-Pacífico, Europa Oriental, entre outros. Para o Brasil, essa cooperação representou como instrumento para a correção das assimetrias sociais e econômicas, bem como em aumentar a capacidade de barganha internacional do país com os países ricos, principalmente Estados Unidos e Europa.

Vigevani e Cepaluni (2011) destacam que a estratégia da PEB no governo Lula baseou-se na “autonomia pela diversificação”, traduzindo-

subsidiava as exportações brasileiras. O Brasil, não concordando com os pareceres da OMC, entra com um novo painel na OMC contra os subsídios disfarçados do Canadá à Bombardier, no qual vence. Assim, apesar dos problemas internos, como a carga tributária elevadíssima para as empresas brasileiras, o Brasil visou contrapor-se às ações unilaterais do Canadá contra a Embraer, representando no apoio do Estado logístico em defender os interesses de uma empresa nacional. Esse fato pode ser entendido como um dos ensaios no governo FHC da mudança do paradigma Neoliberal para o Logístico.

se na manutenção das alianças com seus antigos parceiros, mas buscando também intensificar as relações com parceiros não tradicionais como China, Rússia, países do Oriente Médio, da África, da Ásia-Pacífico, da África e da Europa Oriental. Essa diversificação representou em alianças estratégicas do país com países emergentes, como exemplos: a coalizão política entre Índia, Brasil e África do Sul (IBAS) que busca a cooperação em vários temas como segurança, comércio e intercâmbio tecnológico; e a intensificação das relações econômicas com a China, tornando em 2009 o segundo maior parceiro comercial do Brasil.

Cabe ressaltar que a estratégia pela autonomia foi constante na política externa brasileira, o que muda são os diferentes métodos – distância, participação e diversificação – de como atingi-la. Desta forma, apesar do discurso do presidente Lula apresentar mudanças em sua política, segundo Puente (2010); Vigevani e Cepaluni (2007, 2011) não houve ruptura substancial com a ênfase da ação diplomática brasileira. “Os princípios basilares da política externa brasileira foram mantidos tais como: a defesa da solução pacífica de controvérsias, a autodeterminação dos povos, não intervenção, respeito do direito internacional, igualdade entre os Estados e o pragmatismo na busca do interesse nacional de forma pragmática”⁴³ (PUENTE, 2010, p. 220). Na verdade o que muda no governo Lula, segundo Vigevani e Cepaluni (2007, 2011), foi o foco dado a certas opções que já haviam sido iniciadas no governo anterior. Nesse sentido, Maria Regina Soares de Lima destaca que:

[...] a principal mudança do projeto internacional do governo Lula é de perspectiva, de visão da ordem internacional que o informa. A ideia de que existe espaço para uma presença internacional mais afirmativa do Brasil, como propõe o projeto do governo Lula, não é fruto apenas do voluntarismo a informar a política externa de um governo de centro esquerda, mas reflete uma certa avaliação da conjuntura mundial, que assume a existência de brechas para uma potência média como o Brasil,

⁴³ O caráter pragmático quer dizer que toda política externa deve buscar o interesse nacional. Cardozo e Miyamoto (2006) mencionam que a política externa de Lula resgatou algumas das diretrizes do “Pragmatismo Responsável e Ecumênico” de Geisel (1974-1978), como afirmar sua autonomia perante as potências econômicas e aumentar as relações com países do Sul, tanto de forma bilateral como por meio de instituições internacionais.

que, por via de uma diplomacia ativa e consistente, podem até ser ampliadas (LIMA, 2003, p. 98).

A PEB no governo Lula deu continuidade à busca do país de ser reconhecido internacionalmente com um *global trader*, mas a forma escolhida para alcançar estes objetivos ocorreu no sentido de estreitar o relacionamento do Brasil com aqueles países que possuísem, respectivamente, maior afinidade histórica, linguística, social, econômica, cultural e étnica. Desta forma, são muitos os autores que defendem o caráter assertivo dado à PEB em privilegiar alianças com os países do Sul (LIMA, 2003; CERVO, 2006; SOUTO MAIOR, 2004; VIGEVANI; CEPALUNI 2007; 2011).

No entanto, o governo Lula procurou por meio da Cooperação Sul-Sul, exercer um posicionamento de liderança do país na defesa dos interesses dos países em desenvolvimento nos fóruns internacionais. Exemplo desse contexto foi a liderança do país na criação do G-20⁴⁴, em 2003, na reunião preparatória da Conferência Ministerial da OMC, a fim de pressionar na redução dos subsídios agrícolas adotados pelas grandes potências.

Para Cervo (2003, 2006, 2008) a PEB do governo Lula se aproximou do Paradigma Logístico. Este paradigma tem como base o fortalecimento da nação, atribuindo ao Estado à responsabilidade em dar apoio logístico aos empreendimentos públicos e privados, buscando com isso promover o desenvolvimento do país. Nas palavras do autor (2008, p. 83) o paradigma logístico “firma-se na era Lula ao dosar o liberalismo às etapas do desenvolvimento agrícola, industrial e tecnológico e à salvaguarda de interesses nacionais”.

Assim, apresenta-se de forma sucinta, os principais eixos de atuação da PEB no governo Lula:

revitalização e ampliação do MERCOSUL;
intensificação das relações com a América do Sul;
aumento da presença e da cooperação com os
países africanos (não só lusófonos), com o resgate

⁴⁴ O G-20 é um grupo de países em desenvolvimento que visa defender os interesses dos mesmos na OMC, principalmente com relação ao tema agrícola. Atualmente fazem parte 23 países: 5 da África (África do Sul, Egito, Nigéria, Tanzânia e Zimbábue), 6 da Ásia (China, Filipinas, Índia, Indonésia, Paquistão e Tailândia) e 12 da América Latina (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Cuba, Equador, Guatemala, México, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela).

do papel tradicional da África na política externa brasileira; busca de relações maduras com os Estados Unidos; perseguição do diálogo e da aproximação com países do Sul, sobretudo com potências regionais como a China, Índia, Rússia e África do Sul, mas também em outras áreas (Oriente Médio, e países árabes, por exemplo); prosseguimento na defesa da reforma das Nações Unidas, com a proposta de ampliação do número de membros permanentes no Conselho de Segurança e postura mais assertiva da candidatura do Brasil nesse contexto; prosseguimento e intensificação da participação nos foros multilaterais, sobretudo econômicos (OMC, negociações sobre a ALCA e bi-regionais – MERCOSUL-UE), com a articulação de coalizões com países emergentes (G-20), com vistas à defesa de interesses comuns (PUENTE, 2010, p. 221).

Desta forma, é possível afirmar que a política externa brasileira no governo Lula não apresentou uma ruptura em relação à política externa do governo anterior, mas sim uma mudança de estratégia a fim de obter maior autonomia decisória no cenário internacional. Tal estratégia consistiu em dar primazia à Cooperação Sul-Sul sobre a Cooperação Norte-Sul sem deixar de lado os antigos relacionamentos tradicionais, dos quais se destacam na continuidade das relações do Brasil com os Estados Unidos, das negociações sobre a possibilidade de criação da Área de Livre Comércio das Américas⁴⁵ (ALCA), busca de acordos entre a União Europeia e o Mercosul. Ao focar a CSS a estratégia consistia em aprofundar e ampliar o rol de parcerias possibilitando maiores ganhos entre os países envolvidos. Alguns autores, como Cardozo e Miyamoto (2006) mencionam que a PEB de Lula retomou algumas diretrizes do “Pragmatismo Responsável e Ecumênico”⁴⁶ de Geisel, ao angariar maior

⁴⁵ Área de Livre Comércio das Américas consiste na proposta liderada pelos Estados Unidos a fim de criar um bloco de livre comércio com todos os países da América, exceto Cuba; no final de 2005 não houve consenso e o projeto foi abandonado pela maioria dos países.

⁴⁶ O “Pragmatismo Responsável e Ecumênico” de Geisel significou conduzir as relações internacionais do Brasil de modo responsável, buscando sua inserção internacional mais autônoma e servindo aos interesses nacionais (VIGEVANI; CEPALUNI, 2011).

autonomia enfocando ampliar os laços com os países do Sul, tanto em acordos bilaterais como por meio das negociações multilaterais, especialmente na OMC liderando a criação do G-20, em 2003.

A CSS representou tanto na possibilidade de aumentar o poder do Brasil perante os países do Norte como também em uma cooperação mais justa e colaborativa, em que a parceria nasceria da vontade dos mesmos, tendo como base o consenso e a equidade, sendo um movimento fundamentado na horizontalidade (SANTOS, 2012). Segundo Celso Amorim, Ministro das Relações Exteriores no governo Lula, a política externa brasileira direcionou-se para a Cooperação Sul-Sul no contexto do princípio da “não indiferença”, ou seja, cooperação com os países mais pobres ou vulneráveis a fim de promover o desenvolvimento dos mesmos, conduzindo no aumento da paz e da prosperidade (AMORIM, 2011).

Em vista da abrangência dos temas estratégicos da agenda da política externa brasileira no governo Lula, procurou-se na presente tese dar ênfase aos temas que se relacionam com as ações de CTI prestada do Brasil neste governo como a descentralização da PEB, a aproximação com a África e as diretrizes da cooperação técnica internacional no governo Lula, analisados a seguir.

2.5.1 A Descentralização da Política Externa Brasileira no governo Lula

A descentralização ou horizontalização⁴⁷ compreende-se na participação de diversos órgãos e agências governamentais nacionais - atuando em suas áreas específicas de conhecimento - no processo de formulação e execução da PEB em conjunto com o Ministério das Relações Exteriores (MRE). “Desde o surgimento do Estado nacional, a política externa sempre foi o último reduto da centralização e do monopólio do Poder Executivo do Estado” (BRIGAGÃO; RODRIGUES, 2006, p. 14), colocando o MRE como o responsável pela formulação da política externa brasileira. Esse contexto passa a ser chamado de insulamento burocrático, ou seja, o monopólio do Ministério das Relações Exteriores na elaboração e execução da Política Externa Brasileira (PEB).

⁴⁷ Termo desenvolvido por Cássio França e Michelle Ratton Sanchez no artigo intitulado: A horizontalização da política externa brasileira, publicado no Jornal Valor Econômico em 25 de abril de 2009.

Esse contexto é atestado pela Constituição do Brasil⁴⁸ que por sua vez menciona que os atores a realizarem diplomacia e assim representar o país no âmbito internacional são: o Presidente da República e do Ministro das Relações Exteriores⁴⁹.

Essa descentralização da política externa pode ser chamada também de cooperação interinstitucional, ou seja, quando a cooperação é realizada por instituições relacionadas a pesquisa e desenvolvimento no campo científico, técnico e tecnológico, que se caracterizam pelos Ministérios da Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Saúde, Planejamento, Agricultura, Comunicações, entre outros; por instituições de porte como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Instituto Nacional de Pesquisas Amazônicas; o Instituto Tecnológico da Aeronáutica, a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA); pelas Federações Estaduais de Indústrias, Câmaras de comércio; Universidades e outros centros de ensino e pesquisa de excelência. No entanto, muitos destes acordos de caráter interinstitucional, segundo Apostolova e Inoue (1995) não passam necessariamente ao conhecimento do governo federal.

A horizontalização da PEB não é recente, conforme Lima (2012) esse processo vem ocorrendo, pelo menos, desde meados da década de 1950, quando as Forças Armadas brasileiras se engajaram em uma das primeiras operações de paz da ONU, no Egito, no contexto da crise de

⁴⁸ Segundo a Constituição Federal de 1988: Art. 84. Compete privativamente ao Presidente da República: VII – manter relações com Estados estrangeiros e acreditar seus representantes diplomáticos; VIII – celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional; XIX – declarar guerra, no caso de agressão estrangeira, autorizado pelo Congresso Nacional ou referendado por ele, quando ocorrida no intervalo das sessões legislativas, e, nas mesmas condições, decretar, total ou parcialmente, a mobilização nacional; XX – celebrar a paz, autorizado ou com o referendo do Congresso Nacional.

⁴⁹ Segundo o Decreto nº 7.304, de 22 de setembro de 2010: Art.1: O Ministério das Relações Exteriores, órgão da administração direta, tem como área de competência os seguintes assuntos: I – política internacional; II – relações diplomáticas e serviços consulares; III – participação nas negociações comerciais, econômicas, técnicas e culturais com governos e entidades estrangeiras; IV – programas de cooperação internacional e de promoção comercial; e V – apoio a delegações, comitivas e representações brasileiras em agências e organismos internacionais e multilaterais. Parágrafo único. Cabe ao Ministério auxiliar o Presidente da República na formulação da política exterior do Brasil, assegurar sua execução e manter relações com Estados estrangeiros, organismos e organizações internacionais.

Suez. No entanto, nessa época e nas décadas subsequentes, a participação de órgãos do governo, diferentes do Itamaraty na política externa, era muito mais tímida do que é contemporaneamente. Foi durante o governo Lula, que a horizontalização ou descentralização da PEB se intensificou.

O ativismo do presidente Lula na Cooperação Sul-Sul foi acompanhado por um processo mais amplo de internacionalização de ministérios, de governos subnacionais e de atores não governamentais, que passaram a buscar se qualificar para participar da provisão da cooperação para o desenvolvimento não mais como atores autônomos ou coadjuvantes ao Ministério das Relações Exteriores - convidados a participar apenas no desenho e implementação das iniciativas -, mas tentando também se colocar como entes centrais na própria definição das prioridades da política externa brasileira (LEITE, 2012, p. 33).

Essa descentralização passa a ser observada principalmente no contexto da cooperação técnica brasileira. Como já citado anteriormente, a responsabilidade de coordenar e administrar os projetos de cooperação técnica internacional na modalidade horizontal (ou Sul-Sul) do Brasil ficou a cargo da ABC/MRE desde 1987. Segundo Ipea/ABC (2013, p. 26), a ABC para realizar as ações de cooperação internacional brasileira é auxiliada por órgãos do governo federal, sendo ministérios, autarquias, fundações e empresas públicas de diversas áreas como: agricultura, educação, ensino profissionalizante, saúde, meio ambiente, administração pública, transportes, energia, saneamento, construção de casas populares, cultura e justiça. Sendo assim, o atual sistema de cooperação técnica brasileira é constituído: pela Presidência da República, por meio da chamada diplomacia presidencial; o MRE, por meio da ABC e sua rede de embaixadas no exterior; e os ministérios e entidades vinculadas setoriais (IPEA/ABC, 2013, p. 26).

Assim, com o apoio da ABC, no governo Lula passa a ocorrer um maior envolvimento de Ministérios e instituições técnicas nacionais de renome, acostumadas à cooperação internacional, como é o caso da Embrapa no contexto de projetos na área agrícola e da Fiocruz em relação à saúde. Para articular as ações de cooperação técnica a Embrapa possui dois escritórios no exterior: a Embrapa África (localizada em Acra, capital de Gana) responsável pelas ações na África; e a Embrapa

localizada na sede da FAO (em Roma, na Itália), por sua vez responsável por aproximar, articular e prospectar oportunidades na FAO e nas demais entidades multilaterais, regionais e nacionais na Europa⁵⁰. Já a Fiocruz possui um escritório internacional em Maputo (capital de Moçambique)⁵¹.

Segundo Troyjo (2003), essa “descentralização” ou “interinstitucionalidade” pode representar em uma maior agilidade para a cooperação internacional do país, evitando a lentidão intrínseca do complexo burocrático governamental. Mas ao mesmo tempo pode trazer aspectos negativos como o desconhecimento destas instituições sobre as estratégias da agenda internacional da política externa do país podendo gerar constrangimentos políticos bem como a falta do repasse das mesmas ao governo brasileiro do que está sendo executado por estas instituições no contexto da CTI do Brasil. Troyjo destaca também que há casos em que as instituições estrangeiras mandam seus técnicos “com o único intuito de mapear capacidades brasileiras no campo científico-tecnológico, além de coletar, catalogar e classificar material que mais tarde se destinará à pesquisa unilateral” (TROYJO, 2003, p. 100), representando em um risco para o país.

Carlos Milani e Leticia Pinheiro destacam também essa preocupação. Com o aumento da participação de diferentes atores na construção da agenda externa do Brasil, pode ocorrer “inconsistências na linha de atuação internacional do Estado”, fragmentando, eventualmente, os interesses e as estratégias permanentes da ação internacional do país (MILANI; PINHEIRO, 2011, p. 20). Assim, com o aumento da diversificação dos atores na condução da política externa brasileira, aumenta-se também a diversificação dos interesses, podendo gerar certas contradições com os interesses tradicionais do Estado nacional.

Para os autores citados acima, a política externa deve ser entendida como uma política pública, devido à intensa dinâmica de “coalizões, barganhas, disputas, acordos entre representantes de interesses diversos, que expressam, enfim, a própria dinâmica da política” (MILANI; PINHEIRO, 2011, p. 334). Assim, com o aumento da descentralização do poder e da diversificação dos atores, tem gerado a ampliação da politização da política externa brasileira, ou seja, “a intensificação do

⁵⁰ Informações obtidas no sítio oficial da Embrapa sobre sua atuação internacional (EMBRAPA, 2014).

⁵¹ A atuação da Fiocruz no contexto da cooperação técnica internacional será aprofundada no capítulo sobre a cooperação prestada por parte do Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento.

debate de ideias, valores e preferências sobre escolhas políticas, como também, et pour cause, de disputas inter e intraburocráticas, debates entre atores sociais distintos quanto à melhor forma de contemplar suas demandas” (MILANI; PINHEIRO, 2011, p. 339).

Assim, essa politização representa o embate político na construção e implementação da agenda externa do Brasil, envolvendo a participação não apenas do Itamaraty, mas de outros órgãos do Poder Executivo e outras instituições. No entanto, não quer dizer que essa descentralização de poder e a multiplicação dos atores na política externa brasileira não está livre de problemas e dificuldades. Esse contexto será retomado e discutido de forma mais aprofundada no quarto capítulo do presente trabalho, no qual trata sobre a descentralização na execução da CTI prestada do Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento.

2.5.2 Reaproximação com os países africanos

Ao enfocar como diretriz da PEB a CSS, o governo Lula elege a África a região prioritária para ampliar o rol de parcerias do país, como constou no seu Plano de Governo para eleição para presidente em 2002: “O Brasil, como segundo país com maior população negra do mundo, deverá voltar-se para a África, explorando os laços étnicos e culturais existentes e construindo relações econômicas e comerciais” (BRASIL, 2012, p. 3). Meta renovada com a reeleição de Lula, em 2006: “Fortalecer as relações Sul-Sul, dando ênfase particular às relações com os do continente africano, ao mesmo tempo em que se buscará ampliar o acesso aos grandes mercados europeu, norte-americano e asiático” (BRASIL, 2012, p. 3). Ainda conforme este estudo, elaborado pelo Ministério das Relações Exteriores sobre o mandato do governo Lula, previa também o intuito de realizar visita, todo o ano, a vários países africanos como também “propor encontro Mercosul - Comunidade Africana” (BRASIL, 2012, p. 3-4), a fim de estreitar suas relações com o continente africano.

Essa ênfase é constatada pelo número de viagens do presidente Luiz Inácio Lula da Silva para a África, que no primeiro mandato (2003-2006) foram 22 viagens para a África e Oriente Médio e no segundo mandato (2007-2010) foram 24 viagens.⁵² O Ministro das Relações Exteriores do governo Lula, Celso Amorim, também realizou 67 viagens oficiais a 34 países do continente africano. Além disso, o governo Lula

⁵² Informações obtidas na Biblioteca da Presidência da República (BIBLIOTECA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

abriu 18 novas embaixadas brasileiras na África, totalizando atualmente em 37 embaixadas brasileiras no continente africano.⁵³

Essa ênfase do Brasil com os países africanos e a abertura de novas embaixadas brasileira na região, contribuíram para a concretização de vários projetos de cooperação tanto técnica como econômica. Importante ressaltar que o interesse no continente africano por parte do Brasil não é apenas altruísta com base na solidariedade ou de dívida com os povos africanos, mas também de aprofundar as relações econômicas do Brasil com os países da África. O continente africano é rico em recursos naturais e de potencialidades ainda não exploradas, no qual já tem gerado interesse por parte de outros países também, principalmente da China. Assim, o Brasil já tem investido na atuação das empresas nacionais como a Vale do Rio Doce, a Petrobrás, a Odebrecht, a Camargo Corrêa, entre outras, na região. Conforme Marcon (2013), exemplo dessas parcerias entre as empresas brasileiras e as africanas é a construção do aeroporto de Nacala, em Moçambique, onde a Odebrecht é a responsável pela construção.

No contexto da cooperação técnica internacional prestada pelo Brasil aos países africanos, o grande enfoque tem sido na área da agricultura, saúde e educação. O sucesso de experiências e projetos realizados no plano doméstico são levados pela Embrapa no contexto da agricultura tropical, bem como pela Fiocruz no contexto da HIV/Aids, programas para a criação dos Bancos de Leite Humano, criação da Farmácia Popular e capacitação de recursos humanos na área da saúde. Além disso, políticas sociais implementadas no ambiente doméstico brasileiro que foram bem sucessivas, foram também disponibilizadas para os países africanos, como o caso do “Bolsa Família”. Cabe ressaltar aqui, que o contexto da CSS brasileira não foi apenas focar as parcerias com os países africanos, mas também com os latino-americanos, asiáticos, Oriente Médio e leste europeu.

2.5.3 Cooperação Técnica prestada aos países em desenvolvimento

Com a intensificação dos projetos de CTI prestada do Brasil aos países em desenvolvimento no governo Lula, o Brasil passa a ser visto como “novo doador” do Sul ou “doador emergente”. Coordenada pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC), a CTPD passa a ser entendida neste governo como instrumento fundamental para a política externa

⁵³ Informações disponíveis sobre as embaixadas brasileiras no blog do Itamaraty (BLOG DO ITAMARATY, 2016).

brasileira. Segundo o Diretor Geral da ABC, Abreu (2013), a cooperação brasileira com os países em desenvolvimento tem se baseado no conceito de “diplomacia solidária”, que coloca à disposição de outros países em desenvolvimento os acertos e as melhores práticas do país nas áreas demandadas pelos países parceiros, a fim de possibilitar o avanço econômico e social de outros povos. Essa cooperação é feita livre de condicionalidades e imposições, uma vez que, segundo o Diretor Geral da ABC, o Brasil ao fornecer cooperação tem atuado com base no respeito à soberania e no princípio da não-intervenção.

Devido ao marco regulatório brasileiro quanto a cooperação internacional, impossibilita a ABC de adquirir bens, contratar serviços ou enviar dinheiro para o exterior, fazendo a agência a atuar constantemente por mediação de agências internacionais como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O Manual de Execução Nacional de Projetos do PNUD-Brasil de 2006 e a Portaria n. 555 do MRE, de 2008, são os documentos importantes quanto essa atuação entre a ABC e o PNUD.

A base da orientação da ABC quanto a cooperação técnica brasileira prestada aos países em desenvolvimento tem tido como diretriz um contexto "estruturante", que quer dizer ações que “pudessem desenvolver capacidades individuais e institucionais com resultados sustentáveis nos países beneficiados, em contraposição à atuação tradicional de projetos pontuais, cujos impactos são via de regra mais localizados” (ABREU, 2013, p. 6). Ainda conforme o Diretor geral da ABC, esses projetos estruturantes disponibilizam diversas vantagens como: o aumento do “impacto social e econômico sobre o público-alvo da cooperação; logra-se maior sustentabilidade dos resultados dos programas/projetos; facilita-se a mobilização de instituições brasileiras para a implementação de diferentes componentes dos programas/projetos; bem como cria-se espaço para a mobilização de parcerias triangulares com outros atores internacionais” (ABREU, 2013, p. 6).

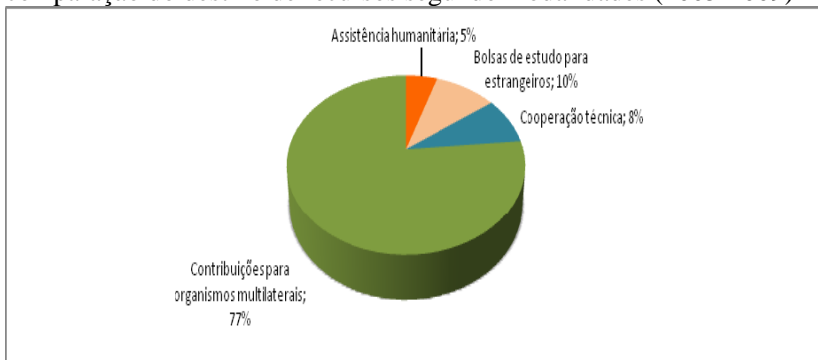
Esses projetos estruturantes direcionam-se principalmente na criação e estruturação de instituições públicas ou privadas dos países demandantes – exemplo disso foi a criação do Centro de Formação de Profissionais com a parceria do Senai, primeiramente, em Angola e Paraguai e depois ampliando para outros países -, como também a capacitação da mão-de-obra em área deficientes dos países demandantes – exemplos dessas ações são os projetos de cultivo de algodão, rizicultura e programa de segurança alimentar. Assim, no governo Lula foi um grande aumento dos países em desenvolvimento beneficiários da

cooperação brasileira, que representavam 21 países no governo FHC, passa no governo Lula para 85 países, sendo a maioria da África e depois da América Latina (ABREU, 2013).

A fim de verificar o crescimento da atuação brasileira no contexto da cooperação internacional no governo Lula, foi realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) junto com a ABC dois relatórios sobre esse tema. O primeiro relatório intitulado *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2005-2009*, publicado em 2010; e o segundo *Cooperação Brasileira para o Desenvolvimento Internacional: 2010*, publicado em 2013. Os relatórios citados acima distinguiram quatro modalidades realizadas na cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional: (a) ajuda humanitária; (b) bolsas de estudo para estrangeiros; (c) cooperação técnica; e (d) contribuições para organizações internacionais (IPEA/ABC, 2010; 2013). Essa diferenciação é relevante, pois, conforme ressalta Renzio et al. (2013), muitas vezes as ações de cooperação técnica estão sendo generalizadas para a CSS brasileira como um todo, inclusive a própria ABC.

Conforme o primeiro relatório, as atividades de cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional atingiram os gastos totais de R\$ 3,2 bilhões durante o período de 2005-2009, sendo que a maior parte dos gastos foram designadas à organizações internacionais e bancos regionais (76%), ficando a cooperação técnica com apenas 8,5% dos gastos (IPEA/ABC, 2010), conforme a Figura 2 e Tabela 1.

Figura 2 - Percentagem da cooperação brasileira para o desenvolvimento: comparação do destino de recursos segundo modalidades (2005-2009)



Fonte: Ipea/Abc (2010).

Tabela 1 - Cooperação brasileira para o desenvolvimento: comparação do destino de recursos segundo modalidades (2005-2009)

Modalidades de cooperação	Milhões de Reais 2005	Milhões de Reais 2006	Milhões de Reais 2007	Milhões de Reais 2008	Milhões de Reais 2009	Total 2005-2009
Assistência Humanitária	1.4	6.5	35.7	31.1	87.0	161.7
Bolsas de estudo para estrangeiros	70.9	67.2	63.4	4.0	44.4	319.9
Cooperação Técnica	35.1	39.0	40.0	61.5	97.7	273.3
Contribuições para organismos multilaterais	378.3	607.0	501.2	479.1	495.1	2.460.7
Total	485.8	719.9	640.5	645.9	724.4	3.216.5

Fonte: Ipea/ABC (2010). Elaboração própria.

Já no segundo relatório, no ano 2010, a cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional atingiu os gastos totais de R\$ 1,6 bilhões, ficando a cooperação técnica com 6,3% dos gastos (IPEA/ABC, 2013), conforme Tabela 2. Apesar da maioria dos investimentos do governo brasileiro no contexto da cooperação internacional para o desenvolvimento ser para às organizações internacionais, conforme constatado nos dois estudos, a cooperação técnica prestada pelo Brasil passa a ser financiada também por agências internacionais de países desenvolvidos como de organizações internacionais, sendo chamada de cooperação triangular. A cooperação triangular funciona da seguinte forma: o Brasil doa sua *expertise* para um país em desenvolvimento, que demandou este projeto ao Brasil, com um terceiro ator – que pode ser um país desenvolvido ou uma organização internacional – que irá realizar o financiamento deste projeto.

Conforme Ipea/ABC (2010; 2013), essa cooperação triangular tem possibilitado melhorar a capacidades dos recursos financeiros, humanos e de infraestrutura nos projetos de CT prestada do Brasil, principalmente de grande porte. Conforme Ipea/ABC (2010), os principais parceiros do Brasil na cooperação triangular, entre os anos de 2005 a 2009, foram: Japão, Estados Unidos, Alemanha, França, Canadá, Argentina e Espanha. Já no ano de 2010, segundo Ipea/ABC (2013), continuam os mesmos

parceiros citados acima, exceto Argentina e se inserindo nesse contexto Itália, Austrália e Reino Unido.

Tabela 2 - Comparação dos gastos com a Cobradi (2009-2010)
Comparação dos gastos com a Cobradi (2009-2010)

	2009		2010		Variação no período 2009-2010 (%)
	Valor (R\$)	Proporção do total (%)	Valor (R\$)	Proporção do total (%)	
Cooperação técnica	97.744.760	11,5	101.676.174	6,3	4,0
Cooperação educacional	44.473.907	5,2	62.557.615	3,8	40,7
Cooperação científica e tecnológica ¹	-	-	42.255.987	2,6	-
Cooperação humanitária ²	87.042.331	10,2	285.225.985	17,6	227,7
Operações de manutenção da paz	125.409.000	14,8	585.063.470	36,0	366,5
Gastos com organismos internacionais	495.159.128	58,3	548.361.950	33,7	10,7
Total	849.829.123	100,0	1.625.141.180	100,0	91,2

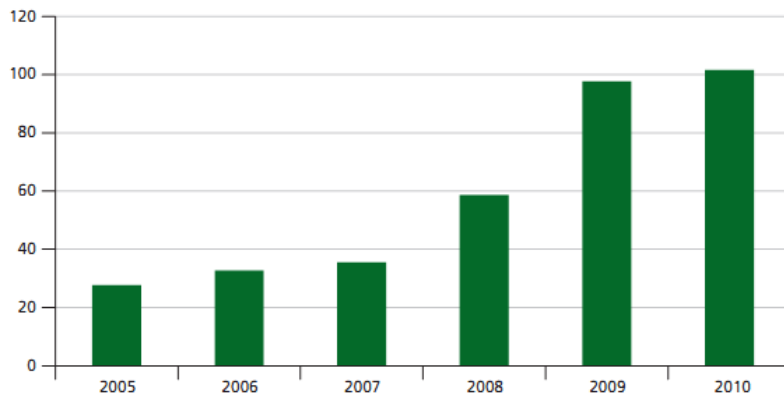
Fonte: IPEA/ABC (2013).

Conforme os dados apresentados pelo segundo estudo sobre a Cobradi de 2010 (IPEA/ABC, 2013), observa-se que a modalidade “Bolsa de Estudos para estrangeiros” é substituída, conforme Tabela 2, pelo termo “Cooperação educacional”. Também fora inserido no relatório de 2010 a modalidade sobre “cooperação científica e tecnológica” com apenas 2,6% dos gastos da Cobradi, não sendo medido pelo estudo do Ipea/ABC de 2010. Com relação as contribuições para as organizações internacionais, o relatório mostrou forte queda no ano de 2010 com apenas com 33,7% dos gastos da Cobradi. Com relação à assistência humanitária, no relatório de 2010, fora dividida em: “Cooperação humanitária”, com 17,6% dos gastos; e “Operações de manutenção da paz”, com 36,6%. A partir do estudo, verificasse que estas duas últimas modalidades, citadas acima, passaram a representar maior importância para a Cobradi do que os anos anteriores, no qual representava apenas 5% dos gastos da Cobradi entre os anos de 2005-2009.

Com relação a cooperação técnica prestada brasileira, observa-se pelo relatório de 2010 (IPEA/ABC, 2013) que houve um certo aumento dos investimentos nessa modalidade, de R\$ 97 milhões em 2009, para 101 milhões em 2010. Este relatório conferiu a evolução dos gastos do

governo com relação a CT brasileira, verificando significativo aumento entre 2005 (R\$ 25 milhões) e 2010 (R\$ 101 milhões), conforme Figura 3.

Figura 3 - Gastos do governo brasileiro com a CTI prestada (2005-2010)
Gastos do governo brasileiro com a cooperação técnica internacional (2005-2010)
 (Em R\$ milhões)



Fonte: Ipea/ABC (2013, p. 28).

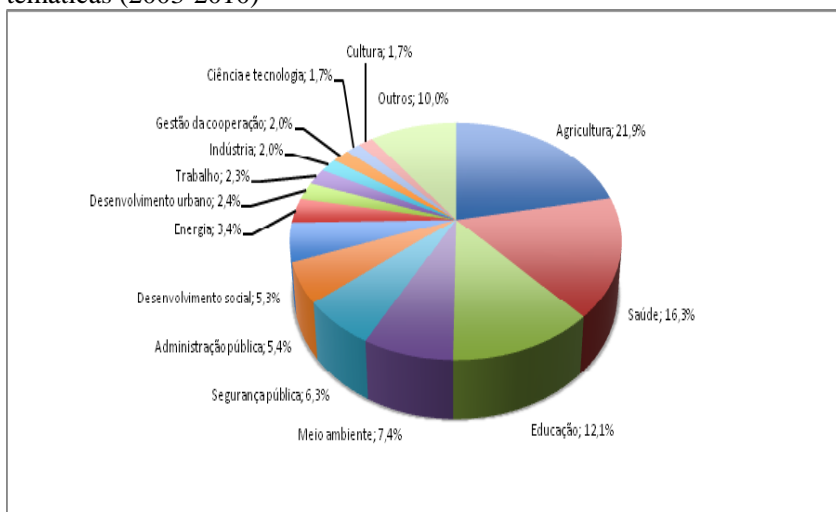
A cooperação técnica bilateral ainda é a opção predominante, representando 92% dos acordos de CT brasileira entre os anos de 2005 a 2009, segundo Ipea/ABC (2010); e no ano de 2010 representando 82%, conforme Ipea/ABC (2013). Os principais receptores da CT brasileira bilateral são Haiti recebendo em torno de R\$ 10 milhões; Peru, São Tomé e Príncipe em torno de R\$ 5 milhões; Moçambique, Jamaica e Cabo Verde em torno de R\$3 milhões⁵⁴ (IPEA/ABC, 2013, p. 29-30). No contexto cooperação multilateral, ou seja, por mediação de uma organização internacional, apenas o relatório entre os anos de 2005 a 2009 apresentou a porcentagem de gastos, colocando junto com a CT a cooperação científica e tecnológica. As organizações internacionais que receberam investimento para as cooperações citadas acima foram: a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) recebendo mais de 20%, depois a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas)/Organização Mundial da Saúde (OMS), recebendo em torno de 16%, e o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS recebendo 11%. (Ipea/ABC, 2010, p. 35). No relatório do ano de 2010, os dados sobre a cooperação multilateral com as organizações internacionais

⁵⁴ Segue lista completa no anexo I da presente tese.

não fora informado. Quanto as regiões que mais recebem investimentos do Brasil para a CT, está a América Latina com 53,3% do total, depois a África com 39,5% do total e os países asiáticos com 7% do total, conforme Ipea/ABC (2013, p. 29).

As principais áreas temáticas da cooperação técnica prestada pelo Brasil, entre os anos de 2003 a 2010, foram: agricultura com 22%, saúde com 16%, educação com 12% e desenvolvimento urbano com 10%, conforme Figura 4.

Figura 4 - Cooperação técnica: distribuição de recursos segundo áreas temáticas (2003-2010)



Fonte: ABC (2011). Elaborado por Cabral (2011).

Devido à tecnicidade da CT, a ABC quando recebe demandas de países em desenvolvimento para o Brasil realizar cooperação estruturante, a agência tem estabelecido parcerias com instituições técnicas públicas, como já citado anteriormente, ficando as mesmas responsáveis pela gestão e execução dos projetos de cooperação. As principais atuantes nesse contexto foram: a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), entre outras instituições. O relatório sobre a Cobradi de 2010 (IPEA/ABC, 2013), informou o montante dos gastos do governo

federal por instituição (Tabela 3), inserindo também a participação dos ministérios do governo. O órgão que mais recebe é a ABC/MRE.

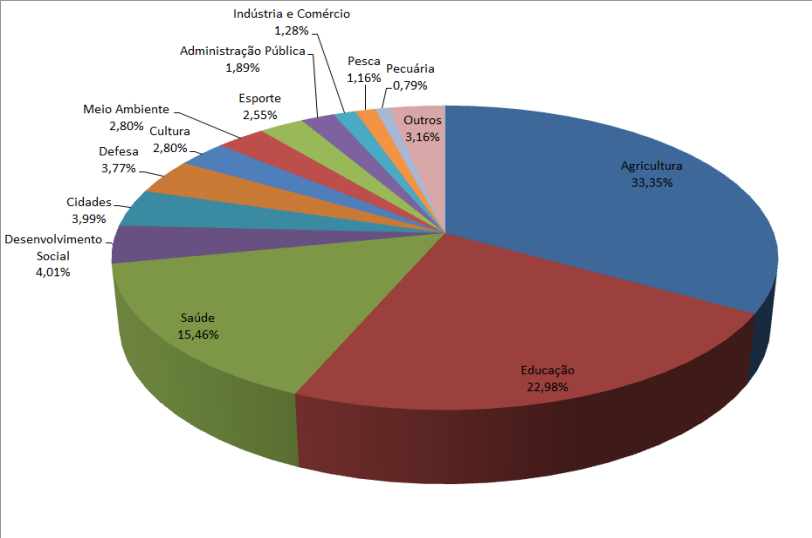
Tabela 3 - Gastos do governo federal com a CTI por instituição
Gastos do governo federal com a cooperação técnica internacional,
por instituição – Cobradi (2010)
 (Em R\$)

Instituição	Valor
Ministério das Relações Exteriores (MRE) ¹	80.126.110
Departamento de Polícia Federal do Ministério da Justiça (DPF/MJ)	2.414.124
Ministério da Saúde (MS)	1.969.442
Serviço Geológico do Brasil (CPRM), vinculado ao Ministério de Minas e Energia (MME)	1.754.670
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI)	1.615.893
Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa)	1.481.688
Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC)	1.468.934
Secretaria de Políticas para Mulheres da Presidência da República (SPM/PR)	1.446.805
Ministério da Defesa (MD)	1.404.143
Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), vinculada ao Ministério da Saúde (MS)	1.130.915

Fonte: IPEA/ABC (2013, p. 33).

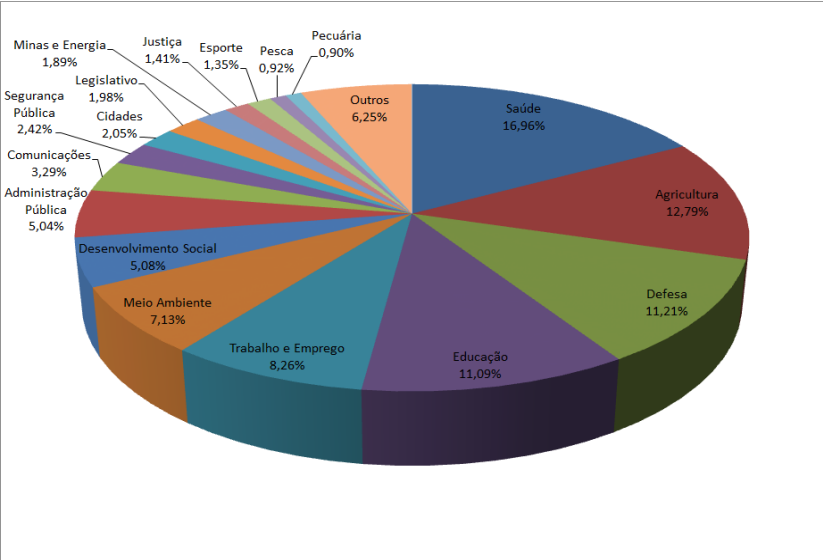
No continente africano, as áreas mais demandadas por projetos no contexto da Cooperação Sul-Sul (CSS), no período de 2000 a 2014, foram: agricultura, com 33,35%, educação – com 22,98%, e saúde – com 15,46%, conforme demonstrado na Figura 5. Com a América Latina e Caribe, as áreas mais demandadas, no mesmo período, foram: saúde – com 16,96%, agricultura - com 12,79%, defesa – com 11,21%, educação – com 11,09%, e trabalho e emprego – com 8,26%; conforme representado na Figura 6 (BRASIL, 2015). Observa-se que na América Latina e Caribe as demandas dos países por projetos de CT são mais diversificadas do que na África.

Figura 5 - Áreas demandadas pelo continente africano no contexto da CSS



Fonte: Brasil (2015a).

Figura 6 - Áreas demandadas na América Latina e Caribe no contexto da CSS



Fonte: Brasil (2015b).

A partir dos dados apresentados, verificamos tanto a diversificação dos temas como do aumento do número de projetos realizados de CTI prestados por parte do Brasil no governo Lula. Essas ações foram defendidas pelo governo brasileiro tendo como base o discurso da solidariedade, configurada pela transferência de saberes e tecnologias, com a interação dos seus parceiros, para que no futuro os mesmos tivessem autonomia própria. Desta forma, segundo o discurso do governo brasileiro, a CTPD do Brasil é realizada livre de interesses e condicionalidades econômicas, defendendo a soberania e não intervindo em assuntos domésticos dos países parceiros, respeitando os saberes locais e compartilhando suas práticas nos assuntos solicitados pelos países (BRASIL, 2014a).

No entanto, a cooperação internacional dificilmente é orientada livre de interesses. Os países na cooperação internacional podem realizar uma ajuda financeira com o objetivo futuro de obter ganhos econômicos/comerciais entre os mesmos; defender os interesses coletivos dos países em desenvolvimento em fóruns multilaterais a fim de ter ganhos políticos; entre outras razões. Assim, a cooperação internacional, seja a tradicional (Norte-Sul) ou entre os países em desenvolvimento, pode ser muito mais complexa do que parece ser. De acordo com Rowland (2008), as origens históricas de ajuda ao desenvolvimento são semelhantes entre os doadores tradicionais e os emergentes. Os interesses se diferenciam na medida em que os países vivem em circunstâncias diversas, assim como possuem objetivos e metas distintas.

Observa-se que no governo Lula houve um aumento expressivo das suas relações comerciais com o continente africano, tornando o quarto maior parceiro comercial do Brasil. Acordos para a criação de uma zona de livre comércio entre Mercosul-União Aduaneira da África Austral e Mercosul-Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral foram realizados. Aumento de viagens diplomáticas do ex-presidente Lula ao continente, visitando vinte países em seis viagens, no período de 2003 a 2006. Aumento das exportações brasileiras para a África, representando uma elevação de 487% no período entre 1996 a 2006, sendo no governo Lula de 315% (Ribeiro, 2010). Os principais produtos exportados para África são: combustíveis (10,8%), açúcar (10%); carne bovina (6,1%), minério de ferro (3,6%); já as importações brasileiras advindas do continente são: petróleo bruto, minérios de magnésio (6%), hulha antracita não aglomerada (12%), outros propanos liquefeitos (24%) (MDIC, 2010 apud Ribeiro, 2010). Os principais parceiros comerciais do Brasil na região são: África do Sul, Angola e Nigéria, respectivamente.

Claro que houve práticas de solidariedade, como o perdão da dívida africana em quase US\$ 1 bilhão, e de 95% da dívida Moçambicana em 2004. Mas estas ações buscam constituir parcerias, conforme Santana (2003), a fim de incentivar as exportações e a maior inserção do Brasil na região.

Assim, podemos questionar: quais os reais interesses da CT brasileira com os países em desenvolvimento? Seria uma busca de liderança ou de aumento comercial ou ambos? O protagonismo da CT do Brasil na área da saúde no governo Lula teve como objetivo a busca em aumentar o *soft power* do país?

A fim de melhor entender como ocorreu o fortalecimento da expertise brasileira na área da saúde, o próximo capítulo abordará as principais cooperações recebidas pelo país na área da saúde e suas contribuições para o *capacity building* do país nesta área.

3 SAÚDE NO BRASIL: HISTÓRICO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL DO BRASIL COMO RECEPTOR

Como já citado nos capítulos anteriores, a Cooperação Técnica Internacional (CTI) é uma das vertentes da Cooperação para o Desenvolvimento, juntamente com a Cooperação Financeira, e a Assistência Humanitária (PUENTE, 2010). A Cooperação para o Desenvolvimento como conhecemos hoje, foi introduzida somente após a II Guerra Mundial, tendo como objetivos reconstruir os países afetados por este conflito e acelerar o desenvolvimento dos países menos industrializados estabelecendo um ambiente mais pacífico no Sistema Internacional (CORRÊA, 2010). No Brasil, a cooperação técnica internacional recebida na área da saúde iniciou antes mesmo da CID ter sido institucionalizada no sistema internacional, por volta dos anos de 1900. Conforme o Diretor Geral da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) no período do governo Lula, Fernando Marroni de Abreu, a cooperação recebida pelo Brasil do exterior trouxe resultados positivos para o país uma vez que possibilitou a transferência de conhecimentos para o fortalecimento institucional de diversos órgãos públicos, o avanço de programas inovadores na área ambiental e a modernização do setor produtivo” (ABREU, 2013, p.5).

O foco da cooperação técnica recebida no Brasil, nessas primeiras décadas do século XX, concentraram-se no suporte à estruturação de instituições públicas federais e entidades nacionais especializadas como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa), a Telecomunicações Brasileiras S.A. (Telebrás), o Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), e na área da saúde a Fundação Oswaldo Cruz e seus institutos hoje filiados a mesma. Esse intercâmbio também contou com o auxílio de consultores internacionais e a doação de equipamentos especializados a fim de possibilitar a capacitação de recursos humanos e o aumento da infra estrutura técnica do país (ABREU, 2013). No entanto, hoje o Brasil é um grande doador de cooperação técnica internacional, reduzindo de forma considerável essa cooperação recebida do exterior, seja tanto bilateral, ou seja, com um país desenvolvido, como multilateral, ou seja, com uma organização internacional.

Tendo em vista que o foco desta tese é a atuação do Brasil como doador, e não como receptor de cooperação técnica internacional na área da saúde, acreditamos ser relevante averiguar a ampliação do conhecimento técnico brasileiro na área da saúde a partir da cooperação

técnica recebida do exterior na área da saúde. Podemos dizer que essa cooperação técnica recebida do exterior na área da saúde foi essencial para que o Brasil aprofundasse seus conhecimentos e experiências técnicas, gerando uma massa crítica de especialistas e fortalecesse as instituições nacionais na área da saúde.

Assim, nesse capítulo será verificado o contexto histórico das principais cooperações internacionais recebidas do exterior no Brasil na área da saúde. Cooperação recebida do exterior são cooperações técnicas tanto bilaterais como multilaterais (geralmente por meio de Organizações Internacionais), no qual o país beneficiário busca a aquisição de conhecimentos técnicos disponibilizados por organismos internacionais (OI) (cooperação multilateral) e/ou por países mais desenvolvidos (cooperação bilateral), com a visão de acelerar o processo de desenvolvimento nacional (PASQUALIN; VENTURA, 2011).

Sobre a história da cooperação internacional brasileira recebida na área da saúde, foram escolhidos principalmente os estudos dos seguintes autores: Löwy (1998, 2006), Benchimol (1999, 2004, 2005), Teixeira (1995), Faria (1995), Faria e Costa (2010), Castro Santos e Faria (2010), Castro Santos (1989, 2003, 2006, 2010), Campos (2006, 2008b), Hochman (2012). No entanto, cabe ressaltar que há outros autores que abordaram sobre o tema com diferentes perspectivas que não foram versadas nesta pesquisa. Se, por um lado, corremos o risco de omitir algumas obras importantes, por outro lado, o estudo sistemático das obras escolhidas tendem a propiciar um maior rendimento analítico.

Importante destacar, antes de iniciar este capítulo, que ‘assistência técnica’ é diferente de ‘cooperação técnica’. Conforme Buss e Ferreira (2010a), a primeira é fundamentada em ações pré-definidas, desenvolvidas unilateralmente por doadores, com baixa ou nenhuma participação dos beneficiários; já a segunda, significa um esforço conjunto que integra doadores e beneficiários em parceria na qual as experiências prévias e as orientações estratégicas são compartilhadas, visando a autonomia do parceiro e a sustentabilidade do processo como um todo.

3.1 NASCIMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL E O INSTITUTO PASTEUR NO BRASIL

Dependendo do período histórico e do lugar, as causas das doenças podem ser percebidas por diferentes (ou concomitantes) olhares: religioso, climático, geográfico ou astrológico, científico, entre outros. O

avanco das pesquisas sobre microorganismos no século XIX, tornaram possível o estabelecimento das causas das doenças transmissíveis como fruto da atuação dos micróbios. As pesquisas do químico francês Louis Pasteur e do alemão Robert Koch foram os marcos para o avanço da teoria microbiana. Louis Pasteur já havia identificado sobre a atuação dos microorganismos na fermentação dos vinhos e das cervejas em 1854, avançando nas suas pesquisas, declara em 1873 que a maioria das doenças contagiosas eram causadas por micróbios (TEIXEIRA, 1995).

Na mesma época, Robert Koch também verifica como causa de algumas doenças a atuação dos micróbios, no entanto o mesmo se volta para pesquisas relacionadas ao cultivo e estudo das bactérias a fim de desenvolver uma teorização sobre os mesmos. Já Pasteur e seus colaboradores se direcionam para pesquisas voltadas na prevenção de doenças a partir do desenvolvimento de imunizantes que seriam utilizados nos seres humanos (TEIXEIRA, 1995).

O sucesso dos estudos de Pasteur, junto com a descoberta da vacina para o tratamento preventivo da raiva - aplicada pela primeira vez num ser humano em 1885 -, faz do mesmo uma grande celebridade na Europa. Seus trabalhos contribuem no avanço de novas pesquisas das chamadas “doenças tropicais” – como a malária e a febre amarela - e na criação de institutos sobre pesquisas biomédicas em várias partes do mundo. Conforme Löwy (2006, grifo do autor), devido as descobertas da revolução pasteuriana, o imperador do Brasil, Dom Pedro II, envia a Paris em 1886 um médico brasileiro, Augusto Ferreira dos Santos, para estudar os “métodos de inoculação elaborados por Pasteur”, com o objetivo de mais tarde abrir um instituto de tratamento da raiva no Rio de Janeiro.

Importante ressaltar que o Brasil, no período imperial, já possuía algumas iniciativas próprias no desenvolvimento de pesquisas microbiológicas. Boa parte dessas pesquisas se concentrava principalmente na cidade do Rio de Janeiro, mas havia pesquisas também no estado brasileiro da Bahia. Segundo Benchimol (1999, 2004) e Löwy (2006), uma das razões para as pesquisas estarem sendo realizadas na cidade do Rio de Janeiro foi pelo fato da cidade ter sido seriamente atingida pela epidemia da febre amarela desde os anos 1850, gerando diversas mortes na região⁵⁵. Apesar de ser a capital do Império, com um comércio significativo, a cidade era caracterizada por péssimas condições

⁵⁵ Rio de Janeiro fora atingida por “duas epidemias de febre amarela muito violentas, as de 1873 e 1876, que causaram, respectivamente, 3.659 e 3.476 óbitos numa população de 270 mil habitantes” (BENCHIMOL, 2005, p. 57).

sanitárias e um intenso crescimento populacional de ex-escravos e imigrantes europeus que geravam sérios problemas habitacionais. Resolver o problema da febre amarela na cidade representava na continuidade do projeto de modernização do país e assim seu avanço no contexto capitalista do sistema internacional.

Assim, pesquisadores brasileiros passam a realizar estudos bacteriológicos na procura do agente causal da febre amarela. Pesquisas estas realizadas no Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro⁵⁶ - em 1897 passa a se chamar Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), de âmbito federal, subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores com a responsabilidade de lidar com as questões de saúde pública -, no laboratório de fisiologia do Museu Nacional do Rio de Janeiro, e na Policlínica Geral do Rio de Janeiro – instituição criada por médicos da Faculdade de Medicina do RJ (TEIXEIRA, 1995).⁵⁷ Conforme Benchimol (1999), com o desenvolvimento de uma vacina contra a febre amarela, criada pelo professor Domingos José Freire, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, é instituído, em 1892, o Instituto Bacteriológico Dr. Domingos Freire.

Segundo Teixeira (1995), pela realização de iniciativas no desenvolvimento de pesquisas bacteriológicas no país, aliado ao interesse do Imperador do Brasil Pedro II pelos estudos realizados por Pasteur, é criado a primeira instituição com a denominação de Instituto Pasteur, sendo localizada na cidade do Rio de Janeiro, em 25 de fevereiro de 1888, 9 meses antes da do surgimento do Instituto Pasteur de Paris. A mesma foi vinculada à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, com a direção do médico Augusto Ferreira dos Santos.

Foram fundados, posteriormente, outros institutos anti-rábianos em diferentes cidades do país, tendo a mesma denominação de Instituto

⁵⁶ Esse laboratório passa a ter diferentes denominações: Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1882); Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1889); Instituto Nacional de Higiene (1890); Laboratório de Bacteriologia (1892); Instituto Sanitário Federal (1894); Diretoria Geral de Saúde Pública (1897) (DICHISTORIASAUDE, 2014).

⁵⁷ Entre essas pesquisas, Domingos José Freire, professor catedrático de Química Orgânica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), em 1879, anuncia ter encontrado o agente causal da febre amarela, uma alga microscópica, chegando a desenvolver uma vacina e aplicar em milhares de pessoas no Rio de Janeiro. Apesar de ter sido verificado, posteriormente, a inocuidade de sua vacina, seus estudos tiveram grande receptividade no meio médico brasileiro e entre os pasteurianos franceses (TEIXEIRA, 1995; BENCHIMOL, 1999, 2004).

Pasteur: em 1899 na cidade de Recife, em 1903 na cidade de São Paulo, em 1908 na cidade de Juiz de Fora, e em 1910 na cidade de Porto Alegre. Importante ressaltar que estas instituições criadas no Brasil, não tinham nenhum vínculo institucional com o Instituto Pasteur de Paris. Com exceção do Instituto Pasteur de São Paulo que desenvolveu pesquisas científicas no campo da medicina, as demais instituições dedicavam-se apenas na fabricação e aplicação da vacina anti-rábica (TEIXEIRA, 1995; BENCHIMOL, 2005).

A criação dos institutos anti-rábicos em diferentes cidades do país foi motivada pelo fato que “o processo da vacinação anti-rábica exigia que a produção da vacina fosse feita no mesmo lugar das inoculações, pois, senão, o microorganismo perderia a virulência necessária para o processo de imunização” (TEIXEIRA, 1995, p. 21). Sendo assim, os Institutos Pasteur do Brasil não representaram nesse período como doação de cooperação técnica internacional na área da saúde advinda dos países desenvolvidos, mas sim, de iniciativas, muitas vezes privadas e autônomas, de médicos e pesquisadores brasileiros que haviam adquirido a doutrina e as técnicas bacteriológicas de Pasteur no desenvolvimento das pesquisas sobre as doenças infecciosas no exterior e buscavam aplicar estas técnicas no Brasil.

3.1.1 Missão Pasteur no Brasil e a febre amarela

Motivada pelos interesses das metrópoles europeias que procuravam evitar que as doenças advindas das suas colônias atingisse as e que gerasse impactos sociais e econômicos negativos sobre as mesmas, aliado ao interesse por parte dos pesquisadores ocidentais, de estudarem em *loco* as causas das doenças transmissíveis nos países tropicais, emerge a medicina tropical no final do século XIX.

Conforme é colocado por Löwy (2006, p. 38) “tais países foram vistos como lugares particularmente favoráveis ao trabalho dos ‘caçadores de micróbios’, dadas a profusão de doenças transmissíveis, endêmicas e epidêmicas, e a colaboração ativa das administrações locais”. Esse novo campo médico nasceu da adaptação das técnicas da ciência pasteuriana às doenças das regiões tropicais ou subtropicais, baseada no papel dos insetos como vetores de doenças humanas e animais (BENCHIMOL, 1999; LOWY, 2006).

Sendo assim, o Brasil recebe em 1901 a chamada Missão Pasteur que tinha como objetivo estudar a origem e a transmissão da febre amarela no país. Apesar das iniciativas brasileiras no desenvolvimento de

pesquisas bacteriológicas com o objetivo de achar o agente causal da febre amarela, os resultados foram infrutíferos, representando, segundo Löwy (2006,) no grande desafio da medicina para o novo século.

Segundo Benchimol (2005) e Löwy (2006), essa missão veio ao Brasil motivada pela solicitação de Senegal, colônia francesa localizada na África Ocidental, ao governo francês para averiguar os estudos da Comissão Reed⁵⁸ que tinha atribuído a difusão da febre amarela ao mosquito *Aedes aegypti*, conhecido então como *Stegomyia fasciata*. Senegal havia sido atingido seriamente pela febre amarela em 1900. Assim, o governo francês envia uma missão ao Brasil a fim de estudar essa epidemia. Os membros dessa missão foram três pesquisadores do Instituto Pasteur de Paris: Émile Marchoux, Albert Taurelli Salimbeni e Paul Louis Simon, no qual trouxeram um laboratório completo de bacteriologia

A Missão Pasteur permaneceu quatro anos fazendo pesquisas sobre a febre amarela no Rio de Janeiro. Conforme Löwy (2006), essa missão não acarretou resultados originais sobre a febre amarela. O ponto relevante dessa missão foi o fato dos pesquisadores terem trazido um laboratório de bacteriologia de ponta ao Brasil. Já os estudos epidemiológicos sobre a febre amarela realizados por esta missão se basearam nas observações dos pesquisadores brasileiros.

Segundo os relatos históricos, apesar do sentimento de superioridade dos médicos estrangeiros, essa missão não se deu de forma unilateral, mas sim na troca de conhecimentos entre os profissionais do Brasil e os do exterior. Desta forma, enquanto os pesquisadores brasileiros tinham o conhecimento das práticas locais, os membros da Missão Pasteur tinham o conhecimento dos métodos de laboratório. Assim, com os ensinamentos técnicos laboratoriais aos pesquisadores brasileiros, houve a contribuição para o profissionalismo da pesquisa bacteriológica no Brasil, desenvolvida nos anos seguintes pelo Instituto Oswaldo Cruz, que ganha grande reconhecimento internacional. Segundo Ben David (apud Löwy, 2006, p. 81), “este acontecimento único – o desenvolvimento de um centro de excelência científica em um país periférico no início do século XX – pode ser relacionado à presença de um laboratório-modelo no Brasil entre 1901 e 1905”.

⁵⁸ Comissão Reed: comissão americana liderada pelo major Dr. Walter Reed, constituída a pedido do Exército americano a fim de estudar as causas da febre amarela e encontrar os meios de conter a epidemia que atingira os soldados norte-americanos em Cuba (LÖWY, 2006).

Assim, apesar do Brasil sofrer com grandes problemas no contexto da saúde pública como a falta de políticas públicas eficazes e da ausência de infra-estrutura em saneamento básico e no controle de pragas, o país tinha uma instituição – o Instituto Oswaldo Cruz –, com pesquisadores brasileiros e laboratório de ponta realizando pesquisas no mesmo padrão tecnológico que eram desenvolvidas nos países ocidentais.

3.2 INSTITUTO OSWALDO CRUZ

A origem do Instituto Oswaldo Cruz ocorre no ano de 1900, quando era ainda denominado de Instituto Soroterápico Federal, instalado na Fazenda de Manguinhos, periferia do Rio de Janeiro. O propósito inicial do Instituto era a fabricação de soros e vacinas contra a peste bubônica. Por indicação de Émile Roux, diretor do Instituto Pasteur, é oferecido o cargo de diretor técnico do Instituto à Oswaldo Cruz, mas já no ano de 1902, o mesmo assume como diretor geral dessa instituição. Oswaldo Cruz iniciou seus estudos muito cedo, com apenas 14 anos de idade matriculando-se no Curso de Medicina da Faculdade do Rio de Janeiro. Em 1892, conclui seu doutorado com a tese sobre *A veiculação microbiana pelas águas*; e em 1896 viaja para a França para aperfeiçoar seus conhecimentos em bacteriologia no Instituto Pasteur. Regressa ao Rio de Janeiro em 1899, onde monta um laboratório de análises clínicas, o primeiro do gênero na capital brasileira (BENCHIMOL, 2005; LOWY, 2006).

Em 1902, é eleito presidente da República do Brasil, Francisco de Paula Rodrigues Alves (ex-governador de São Paulo), declarando que seu principal compromisso era realizar a reconstrução e o saneamento da capital do Brasil. A cidade de São Paulo já havia sido remodelada durante seu mandato de governador, agora seria a vez do Rio de Janeiro. Assim, segundo Benchimol (2005) e Löwy (2006), uma das primeiras medidas nesse contexto foi nomear Oswaldo Cruz para dirigir a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) lhe incumbindo de livrar a capital das doenças epidêmicas. Para o presidente da república do Brasil no período, Rodrigues Alves, o controle das epidemias no Rio de Janeiro era essencial para que o país avançasse no seu desenvolvimento econômico e deixasse o rol das nações atrasadas. Como bem coloca Löwy (2006, p. 86):

A febre amarela foi particularmente sentida como uma doença que empanava a imagem do Brasil, com sua presença no Rio prejudicando o comércio

(os navios estrangeiros procuram evitar o porto, enquanto que as tripulações e as mercadorias brasileiras devem se submeter às quarentenas); além disso, ela pôs um frio na imigração, a qual era, entretanto, essencial para o crescimento econômico do país desde a abolição do escravismo em 1888.

Assim, Oswaldo Cruz, como diretor da DGSP, conduz campanhas sanitárias entre 1903 e 1907 na cidade do Rio de Janeiro, a fim de combater três doenças: a peste, a febre amarela e a varíola. Suas medidas concentravam-se na obrigatoriedade da vacinação e revacinação contra varíola, controle dos vetores da peste (os ratos) e da febre amarela (os mosquitos), e o isolamento dos doentes. Essas medidas eram apoiadas pelo Instituto Pasteur de Paris, no entanto, segundo Benchimol (2005) e Löwy (2006), foram severamente criticadas pela população sendo considerada uma “ditadura sanitária”. Um dos eventos que marcaram essa crítica foi a Revolta da Vacina em 1904

Apesar das críticas sociais sobre a intervenção pública das campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz, passa a ocorrer a redução dos casos de óbitos ocasionados pelas doenças epidêmicas no Rio de Janeiro. A campanha de eliminação dos mosquitos reduziu os casos de óbitos causados pela febre amarela, de em 1903 com 584 mortes para em 1908 apenas 4 mortes (LÖWY, 2006). Com o sucesso do controle da febre amarela no Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz torna-se o herói nacional.

Conforme Benchimol (2005) e Löwy (2006), apoiando-se na sua popularidade e nos seus contatos políticos, Oswaldo Cruz solicita ao Congresso, em 1906, que o Instituto Soroterápico Federal (que ele continuava dirigindo) fosse transformado em um Instituto de Medicina Experimental enfocando no estudo da medicina tropical e seguindo as linhas do Instituto Pasteur de Paris. O instituto deveria ser autônomo, mas subsidiado pelo Estado. Apesar da oposição vinda das oligarquias que achavam um desperdício investir em ciência, é aprovado o novo regulamento em 1907, e rebatizado em 1908 de Instituto Oswaldo Cruz (Benchimol, 2005). Além disso, no ano de 1908, o instituto recebe a permissão para comercializar soros e vacinas a fim de aumentar seu orçamento.

O instituto dedicou-se principalmente à pesquisa, combinando análises de laboratório em bacteriologia e parasitologia com estudos epidemiológicos de campo. Todos os seus membros eram brasileiros, no qual realizaram seus estudos seja na Europa ou na terra natal. Um dos

grandes sucessos do instituto foi a identificação de uma nova doença tropical, em 1909, chamada de “doença de Chagas”, nome do pesquisador Carlos Chagas (aluno de Oswaldo Cruz) que identificou essa nova doença (LÖWY, 2006)

Assim, o Instituto Oswaldo Cruz, pelo seu alto nível profissional no campo da medicina tropical, ganhou rapidamente notoriedade internacional, algo único em um país periférico. Sucesso este que conferiu ao instituto a Medalha de Ouro de Higiene durante o 4º Congresso Mundial de Higiene e Demografia em Berlim, no ano de 1907. No entanto, Löwy (2006) coloca que apesar do Instituto Oswaldo Cruz ter adquirido este status de centro de excelência na área da pesquisa em medicina tropical, o mesmo não conseguia influenciar na solução dos problemas de saúde pública no Brasil.

Nos anos de 1910, há novamente um surto de febre amarela no Brasil, principalmente nas cidades portuárias do norte do país. Apesar da eficácia das campanhas sanitárias pregadas pelo Instituto Oswaldo Cruz, as mesmas demandavam um alto custo por parte do governo. Com uma destinação governamental bastante baixa para a área da saúde, a aplicação das medidas sanitárias pregadas por Oswaldo Cruz acabaram se tornando inviáveis de serem colocadas em prática no país.

Uma organização que irá auxiliar o Brasil no controle da febre amarela como também no desenvolvimento do ensino médico é a Fundação Rockefeller. Essa cooperação advinda da Fundação Rockefeller gerou no Brasil na época muitas críticas, no qual será abordado abaixo.

3.3 FUNDAÇÃO ROCKEFELLER NO BRASIL

A Fundação Rockefeller foi criada em 1913 a partir da incorporação das instituições pertencentes à família⁵⁹ (John D. Rockefeller e Rockefeller Jr.) – Rockefeller Institute for Medical Research, General Education Board e Sanitary Commission for the Erradication of Hookworm – com o objetivo de ser uma instituição beneficente de caráter internacional (COLLIER; HOROWITZ, 1976, apud CASTRO SANTOS; FARIA, 2010). O modelo de filantropia da

⁵⁹ A família Rockefeller, norte americana, era dona de uma das maiores empresas de petróleo do mundo: a Standard Oil.

Fundação⁶⁰ consistia em promover a melhora da saúde pública e da educação superior como forma das nações pobres e atrasadas atingirem o progresso e o desenvolvimento econômico social.

A primeira iniciativa da Fundação Rockefeller foi dar continuidade ao que já era realizado pela Sanitary Commission for the Erradication, desde 1909, de erradicar a ancilostomíase⁶¹. Essa comissão havia realizado campanhas sanitárias bem sucedidas no Sul dos Estados Unidos contra essa doença (FARIA; COSTA, 2010; LÖWY, 2006). Assim, a International Health Board (IHB) da Fundação Rockefeller, criada em 1914, começa suas atividades enfocando o combate contra a ancilostomíase.

Segundo Faria e Costa (2010) e Castro Santos e Faria (2010), as atividades da Fundação Rockefeller tiveram dois momentos de atuação no nível internacional. O primeiro momento se deu a partir da sua criação, em 1913, concentrando suas atividades para pesquisa e controle de doenças infecciosas como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária. Já no segundo momento, que se deu entre os anos de 1930 e 1940, onde as atividades da Fundação voltaram-se para o desenvolvimento do ensino das ciências médicas, físicas e biológicas. Sua principal ação nesse contexto foi a concessão de bolsas de estudos para estudantes da área médica nas universidades dos Estados Unidos e do Canadá.

Muitos foram os países que receberam a cooperação da Fundação Rockefeller: na América do Sul – Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela; na América Central – Costa Rica, Cuba, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Panamá, El Salvador, Jamaica, Trinidad e Tobago, Granada; na Ásia – Sri Lanka, Índia, Malásia, Coreia (atualmente dividida em Coreia do Sul e Coreia do Norte), Tailândia, China e Japão⁶²; no Oriente Médio – Iraque, Turquia,

⁶⁰ Utilizaremos por vezes somente Fundação para nos referir a Fundação Rockefeller.

⁶¹ Ancilostomíase, popularmente conhecida como amarelão, é uma doença causada pelo verme *Ancylostoma duodenale*, que provoca lesões na pele, como coceira, irritação e vermelhidão. Nos casos mais graves, a ancilostomíase pode causar hemorragia no fígado, tosse, febre, anemia, perda de apetite e fadiga. A transmissão é feita através da penetração do parasita através da pele, principalmente pelos pés, mãos, pernas, nádegas, ou então pela ingestão dos vermes em alimentos contaminados mal cozidos ou lavados.

⁶² Nesses dois últimos países a Fundação permaneceu por quase sessenta anos (FARIA; COSTA, 2010, p. 216).

Israel e Líbano. No período entre as duas guerras atuou também na Europa e a partir de 1920 no Canadá (FARIA, 1995; FARIA; COSTA, 2010).

No Brasil, a Fundação Rockefeller teve papel de destaque no controle das doenças infecciosas, especificamente a febre amarela e a malária, como também no auxílio para a formação dos médicos sanitaristas⁶³ do país. Suas atividades foram iniciadas no Brasil em 1915 com a vinda de uma comissão constituída por William Henry Welch (bacteriologista) e Wickliffe Rose (Diretor da *International Health Commission*) na cidade de São Paulo. Essa comissão tinha como objetivo reconhecer áreas de atuação e recolher informações sobre as condições de combate a algumas doenças infecciosas, como: a malária, a ancilostomíase e a febre amarela (FARIA, 1995).

A escolha da Fundação Rockefeller em atuar no Brasil se deu por várias razões: interesses comuns e boas relações existentes entre os Estados Unidos e o governo brasileiro; liderança do país no continente sul-americano poderia abrir as portas de outros países vizinhos às atividades da Fundação Rockefeller (CASTRO SANTOS, 1989); boa impressão das medidas sanitárias realizadas por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro; e verificação de que as elites brasileiras eram satisfatoriamente ocidentalizadas para contemplar as inovações norte-americanas (LÖWY, 2006).

Posterior a vinda da primeira Comissão da Fundação Rockefeller ao Brasil, as relações se estreitaram. Conforme Faria (1995), a Fundação estabelecia que os estados interessados na realização de campanhas sanitárias e de pesquisas científicas deveriam convidar oficialmente a Comissão Sanitária Internacional e por meio deste convite a Fundação concordava em cooperar com recursos financeiros e na organização dos serviços. Ficava estabelecido que o estado solicitante deveria custear pelo menos 25% das despesas e o restante ficava sob a responsabilidade da Fundação. A comissão médica da Fundação emitida aos estados seria responsável por todas as atividades como diagnóstico, tratamento, fornecimento de pessoal qualificado e equipamentos científicos, instalação de laboratórios e postos de combate às endemias. Com a criação do novo Código Sanitário de 1920 – elaborado por Carlos Chagas – as campanhas sanitárias estaduais passam a estar sob intervenção direta do Departamento Nacional de Saúde Pública, fazendo com que os acordos

⁶³ “O termo sanitarista substituiu a referência tradicional aos higienistas, indicando especialização profissional e maior distinção entre as atividades científicas no laboratório e as atividades de saúde pública” (LIMA, 2002, p. 42).

passassem a serem feitos entre o governo Federal e a Fundação Rockefeller.

O estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a realizar cooperação com o International Health Board (IHB) da Fundação Rockefeller em 1917, abrindo no mesmo ano o primeiro posto de tratamento e profilaxia⁶⁴ da ancilostomíase no estado. A partir daí a Fundação Rockefeller consolida sua atuação no Brasil, estendendo sua cooperação em vários estados da federação. Foram criados postos de profilaxia e tratamento das endemias, inclusive no combate à febre amarela e à malária, em várias cidades brasileiras. Muitos profissionais brasileiros da área médica ganharam treinamento e/ ou obtiveram bolsas de estudos em universidades americanas (FARIA, 1995).

No entanto, a cooperação da Fundação Rockefeller no Brasil não estava livre de críticas. Havia o medo por parte de muitos brasileiros de que esta filantropia norte-americana pudesse suscitar em outras formas de intervenção dos Estados Unidos (país desenvolvido) no Brasil (país chamado no período de subdesenvolvido)⁶⁵. Começa a existir diferentes correntes teóricas sobre quais seriam os reais interesses e objetivos da Fundação Rockefeller em atuar no Brasil. Luiz A. de Castro Santos (1989) é um dos autores que argumenta como foi possível no ápice da pregação nacionalista⁶⁶ e salvacionista a Fundação Rockefeller obter o consentimento do governo brasileiro em atuar no país. Ao analisar sobre o assunto, o autor faz parte de uma dessas correntes teóricas que analisam a atuação filantrópica da Fundação Rockefeller no contexto internacional.

Segundo Faria (1995), existem três principais correntes teóricas que tentam explicar a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil: a que defende que essas missões médico-sanitárias da Fundação nos países da América Latina e outros países foram fundamentados em interesses imperialistas de dominação de uma sociedade capitalista sobre uma sociedade pré-capitalista (cooperação Norte versus Sul), ou seja, desigual

⁶⁴ Na medicina, a profilaxia significa prevenir uma doença em nível populacional através de diversas medidas que vão desde procedimentos mais simples, como o uso de medicamentos, até aos mais complexos.

⁶⁵ Lembrando que essas colocações de país desenvolvido e de país subdesenvolvido se referem a situação socioeconômica do país e não quanto ao contexto cultural.

⁶⁶ O movimento nacionalista exigia um maior controle do governo federal nas políticas sanitárias, pois essa falta de controle deixava o país improdutivo criando obstáculos ao desenvolvimento e a modernização do país. Assim, a saúde é considerada como uma questão de interesse nacional.

e unilateral onde busca sustentar sua expansão capitalista sobre as economias mais pobres; a outra corrente defende o papel puramente filantrópico da Fundação nos países; e a terceira corrente, no qual Castro Santos (1989) faz parte, onde verifica que as correntes teóricas existentes analisam de forma simplista a respeito da atuação da Fundação Rockefeller.

Castro Santos (1989) observa que a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil foi diferente da que foi praticada o que em alguns países como Tailândia ou Filipinas. Segundo o autor:

O aparelho de Estado no Brasil já se destacava em nível de complexidade e capacidade de intervenção na sociedade, na economia e na política. [...] Os serviços de saúde enfeixados no Departamento Nacional de Saúde Pública já se encontram atuantes, já revelam um nível interno de organização [...] A comissão norte-americana já encontra, portanto, uma burocracia razoavelmente desenvolvida na área de saúde pública. Necessariamente, tais condições impõem uma adaptação, concessão ou imposição dos padrões de trabalho adotados pela Fundação. [...] A Fundação Rockefeller não podia criar ou apoiar a criação de escolas de medicina e laboratórios de pesquisa sem levar em conta o que o próprio Relatório Rose acentuara – a tradição brasileira no campo da pesquisa em bacteriologia, a tradição sanitaria, as escolas formadas por Oswaldo Cruz no Rio e por Ribas e Lutz em São Paulo (CASTRO SANTOS, 1989, p. 108).

Segundo Palmer (2004, p. 220) é inquestionável que “a saúde pública ao estilo Rockefeller mapeou e processou os povos do Terceiro Mundo em função da expansão imperial estadunidense”. No entanto, o autor relata o papel ativo de alguns países onde a Rockefeller atuou. Assim, ainda que houvesse interesses indiretos comerciais, a atuação da Fundação Rockefeller no Brasil não se deu de forma impositiva. Houve a necessidade de se negociar, como é colocado por Castro Santos e Faria (2003, p.10), “a interação entre brasileiros e norte-americanos não foi marcada pela hegemonia destes sobre aqueles, mas, antes, por um relacionamento entre iguais”.

Segundo Faria e Costa (2010), as tradições médicas, a diversidade cultural, os movimentos nacionalistas dos países atendidos fizeram com que a Fundação ajustasse a esses contextos. O Brasil, por exemplo, tendo forte tradição em pesquisa biomédica e centros de investigação de porte, fez com que cientistas brasileiros fossem parceiros na definição de objetivos e planos de ação da Fundação. Assim como Castro Santos e Faria (2006) destacam a estreita relação entre os especialistas em saúde da Rockefeller com os especialistas das instituições brasileiras na área de pesquisa e saúde pública atuando de forma conjunta em campanhas de combate às doenças infecciosas e na organização do ensino médico. Além disso, “o pensamento nacionalista influenciou não só na seleção de temáticas, mas também fez com que os cientistas reclamassem para seus países suas próprias instituições, laboratórios e bibliotecas” (CUETO, 1992, p. 11). No entanto, essa cooperação filantrópica da Fundação Rockefeller não esteve livre de embates ou lutas simbólicas, não se constituindo somente de êxitos⁶⁷.

Mas quais foram as contribuições da Fundação Rockefeller no Brasil? As atividades de cooperação da Fundação Rockefeller com o Brasil foram intensas entre os anos de 1915 e 1945, principalmente nas áreas de saúde pública e do ensino médico. A Fundação auxiliou na realização de diversas campanhas sanitárias, principalmente no interior do Brasil, contra a ancilostomíase, a febre amarela e a malária, que passaram de um caráter policial (característico das campanhas sanitárias realizadas por Oswaldo Cruz) para um caráter não impositivo, baseado na educação sanitária (CASTRO SANTOS; FARIA, 2010).

Outro envolvimento da Fundação foi no movimento nacional brasileiro que defendia a reforma da saúde pública e o saneamento dos sertões no Brasil. Por meio desse movimento foi gerado o novo código sanitário nos anos de 1920. A Fundação contribuiu também na criação do Instituto de Higiene de São Paulo em 1918 e do fortalecimento do ensino científico da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Teve também uma sólida parceria com a Universidade de São Paulo (USP), apoiando principalmente em pesquisas na área de genética nos anos 1940.

⁶⁷ Cueto (1996, p. 188) enumera os motivos do fracasso da campanha contra a ancilostomíase da Fundação Rockefeller nos países atendidos: 1) a dimensão “gigantesca” da doença; 2) problema da quantificação segura das doses de remédios; 3) custo das campanhas; 4) “resistência de curandeiros e alguns médicos”; 5) construção de latrinas; 6) “tensões entre os experts estrangeiros e os inspetores locais”; 7) instabilidade política de alguns países.

No Rio de Janeiro, a Fundação Rockefeller apoiou a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery em 1923.

A Fundação também foi pioneira na concessão de bolsas de estudos na área da ciência médica e da saúde pública para jovens estudarem em universidades norte-americanas. O Brasil foi um dos países que mais receberam bolsas de estudos da Fundação Rockefeller – 443 bolsas entre os anos de 1917 e 1962, o México foi o segundo com 359 bolsas (FARIA; COSTA, 2010). Segundo Castro Santos e Faria (2003), era por meio da concessão de bolsas de estudos, que a Fundação transmitia o modelo pedagógico norte-americano, marcado por critérios universalistas, dedicação integral dos professores, ênfase na pesquisa e no laboratório, definição de padrões técnicos de trabalho para a enfermagem hospitalar e de saúde pública. Assim, apesar da sua cooperação não ter sido impositiva, a Fundação Rockefeller consegue imprimir as características científicas norte-americanas que via a saúde pública como um espaço de pesquisa e não de clínica médica como era praticado no Brasil advindo da influência das técnicas francesas pasteurianas.

Tendo instalado postos contra epidemias infecciosas no estado do Rio de Janeiro, e posteriormente em demais estados, a Fundação retira-se do país em 1942, sendo seus serviços absorvidos pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) criado no Brasil no mesmo ano. Apesar da cooperação da Fundação não ter sido livre de críticas, podemos dizer, de forma sucinta, que a atuação da mesma no Brasil foi relevante para a institucionalização da saúde pública e a consolidação da profissionalização médica, sanitaria e da enfermagem em nesta área no país. Assim, podemos dizer que a cooperação técnica internacional recebida da Fundação Rockefeller no Brasil contribuiu para a capacitação da expertise brasileira na área da saúde pública, fortalecendo o *capacity building* e assim, contribuindo para que o país fosse um doador de CTI em saúde já por volta dos anos 1970.

3.4 ERA VARGAS (1930-1945): AS REFORMAS NA SAÚDE E A POLÍTICA EXTERNA BRASILEIRA

Para entender como o Sesp acabou sendo inserido no Brasil, é necessário explicar sobre a Era Vargas. Getúlio Vargas acabou assumindo a presidência da República do Brasil por meio do golpe de Estado realizado pela Revolução de 1930 que tinha como finalidade quebrar com

a “política do café com leite”⁶⁸ no país. Durante seu governo (1930-1945), Vargas irá realizar amplas reformas no contexto político, social e econômico, que marcaram de maneira indiscutível o processo de industrialização, urbanização e da organização política do Brasil. De forma sucinta, a Era Vargas é o período marcado pela ampliação do papel do Estado, expansão do nacionalismo e protecionismo, amplas reformas sociais e pelo início da industrialização nacional brasileira.

Na área da saúde, logo após assumir o poder, Vargas cria em 1930 o Ministério da Educação e da Saúde Pública (MESP) no qual dividia as funções entre a saúde e a educação. A criação do MESP atendeu parcialmente as solicitações dos sanitaristas brasileiros no qual queriam um ministério específico na área da saúde. Assim, com este órgão, Vargas realizou a centralização dos serviços de saúde. Essa proposta foi bem aceita nos governos estaduais que não tinham mecanismos de saúde organizados, pois seriam agora atendidos pelo governo federal. No entanto, os governos estaduais que já possuíam serviços de saúde organizados, como São Paulo, não viram com bons olhos a intervenção federal e a centralização dos serviços de saúde. Bertolli Filho (2006) coloca que com a centralização, as decisões na saúde sanitária, que antes eram direcionadas pelos médicos sanitaristas, passaram a serem realizadas por políticos e burocratas, no qual não sabiam dos problemas de saúde pública locais e muito menos possuíam um conhecimento epidemiológico.⁶⁹

Em 1937, o MESP é transformado no Ministério da Educação e Saúde (MES) instituído pela Lei n. 378, de 13/01/1937. Esta lei também estabeleceu o primeiro Conselho Nacional de Saúde e a reestruturação do então Departamento Nacional de Saúde (DNS). O novo órgão passou a

⁶⁸ Durante a República Velha (1889-1930) vigorou no Brasil a “política do café com leite” em que políticos apoiados por São Paulo e de Minas Gerais se alternavam na presidência da república.

⁶⁹ Uma das ações do MESP foi a realização de campanhas, por meio de panfletos e cartazes distribuídos para a população, a fim de convencer as pessoas da necessidade da mudança de hábitos higiênicos. O objetivo da campanha era reduzir a transmissão das doenças infectocontagiosas. Como a maioria da população brasileira naquele período era analfabeta, a campanha foi um fracasso. Só em 1938, que as estratégias para a divulgação das campanhas em favor da higiene são alteradas: passam a serem transmitidas pela rádio de todos os estados da federação e os panfletos passam a trazer ilustrações coloridas que podiam ser entendidas por todos as pessoas, sendo analfabetos ou não (BERTOLLI FILHO, 2006).

englobar vários serviços dispersos e a centralizar ainda mais a direção política, administrativa e financeira de todas as atividades sanitárias do país (Brasil, 1937). Ainda pela lei citada acima, foram criadas as conferências nacionais de educação e de saúde – conhecidas atualmente como as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) – que tinham como finalidade promover a articulação e o conhecimento do governo federal com as ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, somente em janeiro de 1941 foi realizada a primeira CNS que teve como temas principais: a organização sanitária estadual e municipal; a ampliação das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose e o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento (BRASIL, 1941).

No entanto, conforme Quaresma (2012), mesmo vigorando o autoritarismo e a centralização dos serviços no período varguista, houve a expansão dos serviços de saúde no Brasil. O DNS ampliou a rede pública dos centros e postos de saúde e no plano da Medicina curativa foram criados hospitais gerais, sanatórios para tuberculose e leprosários.

Já a política externa brasileira na Era Vargas foi caracterizada pela influência tanto de fatores internos como a disputa entre o setor tradicional - agroexportador e defensor do livre comércio - e a burguesia - favorável à proteção do mercado nacional a fim impulsionar o desenvolvimento industrial -; como de fatores externos como a competição internacional entre as potências europeias pela liderança mundial e as defesas do livre mercado e das práticas protecionistas (OLIVEIRA, 2005). Assim, a política externa brasileira, nesse período, se deu pelo aproveitamento das brechas geradas pela competição entre Estados Unidos e Alemanha pelo poder no sistema internacional e aos interesses dos diferentes setores nacionais.

A política comercial dos tratados liberais, baseados no princípio universal da nação mais favorecida, foi modificada em 1935 por outra, de acordos bilaterais realistas. Assim, praticava-se o liberalismo com os Estados Unidos, de quem se exigiam créditos para financiar as exportações e a industrialização. Intercambiavam-se matérias-primas por máquinas e equipamentos alemães e italianos, pela via do comércio compensando (CERVO, 1994a, p. 32).

Esse comércio compensado, estabelecido por um acordo entre os dois países em 1934, se deu pela crise econômica e pela falta de divisas, fazendo o país ter de diversificar suas relações econômicas para manter o seu projeto desenvolvimentista. O comércio se dava principalmente pela venda do Brasil de café e algodão, que eram pagas com marcos alemães, podendo somente ser utilizados na compra de produtos alemães, já o Brasil comprava basicamente equipamentos elétricos pesados e metalúrgicos, que eram utilizados para equipar as forças bélicas do Brasil (Brigagão & Rodrigues, 2006). Esse comércio fez da Alemanha, em 1939, a ser a principal parceira comercial do Brasil (CAMPOS, 2006).

Vargas aproveita da disputa entre as duas potências utilizando-se da diplomacia pendular, ora aumentando as relações com os EUA, ora com a Alemanha, dependendo das vantagens obtidas para favorecer o crescimento do país (Brigagão; Rodrigues, 2006). Essa postura do Brasil na Era Vargas de explorar as possibilidades que cada uma das duas potências pudesse oferecer, explorando as circunstâncias que lhe seriam favoráveis e evitando firmar compromissos irreversíveis com as mesmas, foi chamada pelo historiador Gerson Moura de “equidistância pragmática” (MOURA, 1980).

Com o início da Segunda Guerra Mundial, em 1939, o Brasil buscou manter sua neutralidade perante o conflito, não se posicionando para nenhum dos lados. Em 1940, o acordo Brasil-Alemanha é interrompido devido ao bloqueio naval aos mercados europeus, bloqueando a rota de comércio com a América Latina. Os Estados Unidos, que ainda não tinham também se posicionado perante a guerra, viam com preocupação a expansão nazista no norte da África, onde podiam facilmente atacar a costa do nordeste do Brasil. Os estrategistas norte-americanos em conversa com Oswaldo Aranha – Ministro das Relações Exteriores do Brasil – mostraram que se houvesse um ataque em Natal ou Fernando de Noronha, rapidamente os nazistas poderiam chegar ao Caribe e ao Canal do Panamá. Assim, a política externa americana, a partir do segundo semestre de 1940, passou a direcionar-se para a defesa e cooperação com a América Latina (CAMPOS, 2006).

A partir dessa orientação, os Estados Unidos passam a negociar acordos com a América Latina baseando nas noções de Boa Vizinhaça e do pan-americanismo. Com o ataque japonês às bases militares norte-americanas de Pearl Harbor, em dezembro de 1941, os Estados Unidos acabam entrando na Segunda Guerra Mundial. Com o ataque a Pearl Harbor, os Estados Unidos perdem na Ásia áreas de produção de matérias primas – principalmente a borracha - que eram essenciais ao esforço de

guerra. Era imprescindível para os Estados Unidos encontrar uma solução para este problema, chegando até mesmo Roosevelt – presidente dos Estados Unidos – a ressaltar que se não fosse encontrado uma solução para a escassez da borracha⁷⁰, o esforço de guerra norte-americano entraria em colapso (PEÇANHA, 1976).

Brasil vendo a impossibilidade, nesse momento, de manter sua neutralidade mediante o conflito, sugere aos Estados Unidos em 1941, um acordo militar onde permitia o uso de bases navais e áreas brasileiras; a melhora da capacidade militar brasileira com o auxílio dos Estados Unidos; e o fornecimento pelo Brasil de matérias primas para a indústria bélica norte-americana. Essa negociação acabou culminando nos chamados Acordos de Washington, em 1942, entre Estados Unidos e Brasil, com mais de 30 acordos em temas variados como comércio, empréstimos, produção mineral e agrícola, um acordo militar, o rompimento das relações com os países do Eixo⁷¹ e um acordo de saúde e saneamento que deu origem ao Sesp. Assim, segundo Brigagão e Rodrigues (2006), os principais ganhos da equidistância pragmática não acontecem durante sua vigência, mas no momento de seu rompimento.

3.4.1 O Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)

Como resultado desta política de barganha no período Vargas, é criado o Sesp⁷², em 1942, por meio de um acordo assinado com o Institute of Interamerican Affairs (Instituto de Assuntos Interamericanos – IAIA) com o governo brasileiro. Ou seja, o Sesp foi uma agência bilateral brasileiro-americana, financiada com recursos norte-americanos e

⁷⁰ A indústria militar norte-americana era extremamente dependente da borracha, chegando a exportar da Malásia 98% do que careciam. Para se ter uma ideia dessa dependência, “veículos militares consumiam em média 300 peças de borracha; um bombardeio pesado utilizava cerca de 400; um navio de guerra, mais de 20 mil, e caminhões militares podiam gastar até 12 pneus por unidade”. A produção da borracha sintética não era realizada em larga escala no país e ainda por cima sua qualidade era inferior, não sendo possível para uso militar (CAMPOS, 2006, p. 43).

⁷¹ Foi a divisão entre os países que entraram na Segunda Guerra Mundial: de um lado os países do Eixo (Alemanha, Itália e Japão), do outro os países Aliados (Inglaterra, França e União Soviética).

⁷² O foco deste estudo não é mostrar a forma como se organizava internamente este órgão, mas sim as relações internacionais envolvidas entre os dois governos na criação do Sesp e qual foi o papel deste órgão na saúde pública brasileira.

brasileiros, possuindo completa autonomia dentro do Ministério da Educação e Saúde (MES). Segundo Campos (2006), as notas diplomáticas mostram o significado diverso do acordo para os dois países. Para os Estados Unidos, o acordo de saúde e saneamento com o Brasil tinha uma finalidade militar imediata – a utilização das bases militares no nordeste do Brasil e o acesso à borracha e outras matérias primas para a indústria bélica; para o Brasil, o tratado corroborava nos interesses desenvolvimentistas e de ampliação da autonomia federal sobre o território brasileiro.

Assim, o Sesp fora criado para ser um programa sanitário a fim de auxiliar a produção de borracha no Amazonas brasileiro para o esforço de guerra norte-americano. As funções do Sesp eram: “o saneamento do vale amazônico, focado no controle da malária e na assistência médica aos seringueiros; o treinamento de profissionais de saúde pública; e um programa de controle da Hanseníase, em parceria com o Serviço Nacional da Lepre” (CAMPOS, 2006, p. 52). No entanto, no mesmo ano da criação do Sesp, suas atividades foram estendidas para o vale do Rio Doce (Minas Gerais), onde tinha como parte dos Acordos de Washington a criação da Companhia Vale do Rio Doce para explorar minério de ferro na região, atendendo tanto os interesses dos Estados Unidos por maiores demandas de minerais como do Brasil em fornecer infraestrutura e integrar essa região ao Estado nacional (CAMPOS, 2006).

Apesar de ter sido criado como um esforço de guerra, ou seja, para ser temporário, o Sesp foi continuamente renovado até 1960, o que permitiu a continuidade deste órgão como agência “especial”, associada aos programas de cooperação e assistência técnica dos Estados Unidos. Devido ao êxito das suas ações nos estados da região norte do país, a partir de 1949 o poder público resolveu expandir os serviços do Sesp a outros estados brasileiros, por meio de convênios para a construção, normatização e expansão da saúde pública (Campos, 2006; 2008b). Nos anos de 1960, o Sesp transforma-se na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp), perdendo sua condição de agência internacional e assim sua autonomia, subordinando-se ao já então criado Ministério da Saúde. A Fsesp ficou no Brasil até 1990, quando foi extinta e seus serviços foram incorporados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) (BASTOS, 1996).

Qual foi a razão para a manutenção do Sesp no Brasil no período pós-guerra? Conforme Campos (2006, 2008b), a resposta remete ao cenário externo onde a saúde pública internacional adquiriu nova função no contexto da bipolaridade mundial, e ao interno visando a continuidade

dos projetos de desenvolvimento do Estado brasileiro. Entre as décadas de 1940 e 1980, as relações entre os países foram determinadas pelo jogo político da Guerra Fria, onde as cooperações técnicas internacionais representavam em instrumentos de demonstração de superioridade política e tecnológica dos países. Os Estados Unidos, baseado nas determinações da ONU para a cooperação ou assistência para o desenvolvimento, começa a participar de programas como a *Aid for International Development* (AID) e, já na década de 1960, a Aliança para o Progresso. Assim, em mundo marcado pela disputa de poder bipolar, o Sesp servia como agência modelo para evidenciar os efeitos positivos da cooperação técnica entre os Estados Unidos e o Brasil; e no contexto brasileiro agrega-se aos objetivos desenvolvimentistas das décadas de 1950 e 1960.

O Sesp, apesar de ter sido bastante criticado pelos sanitaristas por: sua autonomia dentro do Ministério da Saúde com um orçamento e um plano de cargos e salários invejáveis em comparação com os demais órgãos da administração pública direta; pelo seu caráter internacional; e por adotar o modelo norte-americano de administração sanitária, suas políticas de saúde nunca foram unilaterais, mas sim marcadas por conflitos, negociações e adaptações. O Brasil possuidor de tradição sanitária e de interesses nacionais desenvolvimentistas, somado a sua diversidade política, econômica e cultural, permitiram o desenvolvimento de um papel determinante na adaptação dos enunciados do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) no país. Assim como é destacado por Stern (apud CAMPOS, 2006, p. 21), “as instituições internacionais não impõem, simplesmente, suas normas e procedimentos à periferia, mas sim interagem com as realidades locais, o que faz com que suas ações sejam moldadas/negociadas pelos interesses dos países onde atuam”.

Campos (2006), que realiza obra pioneira sobre o contexto histórico do Sesp no Brasil, coloca que o órgão empreendeu políticas de saúde pública que não fugiram da agenda de saúde do Estado Novo que se estendeu pela década de 1950. O autor cita que as principais ações do Sesp no Brasil foram: desenvolvimento de políticas sanitárias direcionadas para as populações do interior do Brasil; montagem de uma rede de unidades sanitárias; construção e administração de escolas de enfermagem, hospitais, centros e postos de saúde e sistemas de águas e saneamento; normatização de técnicas e procedimentos; estabelecimento de convênios com estados e municípios a fim de criar, normatizar e ampliar saúde pública; formação de mão-de-obra qualificada; e promoção da educação sanitária.

3.5 COOPERAÇÃO TÉCNICA RECEBIDA DO EXTERIOR MULTILATERAL

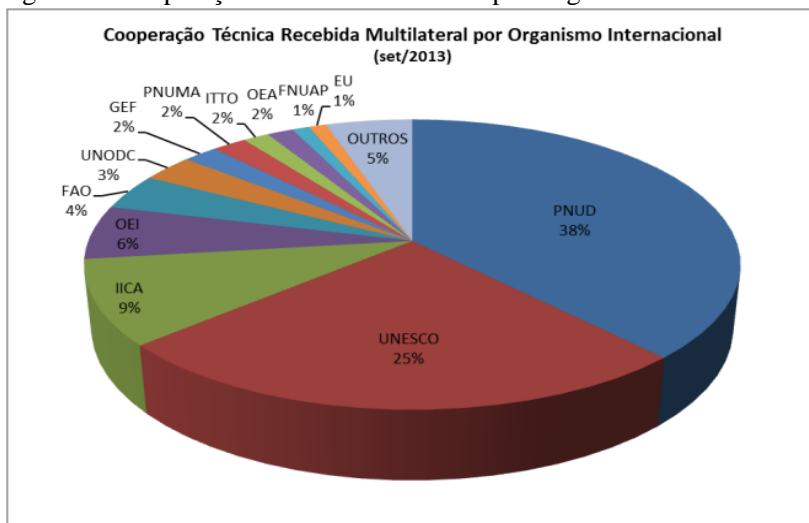
Não cabe na presente pesquisa, analisar sobre a cooperação técnica recebida do exterior na área da saúde, mas apenas ressaltar algumas experiências de cooperação técnica recebida do exterior na área da saúde que foram relevantes para que o país adquirisse experiência e capacitação técnica para passar de receptor para doador de cooperação técnica internacional na área da saúde.

Uma das formas de cooperação técnica recebida do exterior no Brasil é por meio da cooperação multilateral, ou seja, com organizações internacionais. Para que seja realizado qualquer atividade de cooperação técnica – projeto, programa, evento, missão, etc. – entre o governo brasileiro e uma organização multilateral é necessário que tenha sido firmado um acordo internacional, chamado de Acordos Básicos de Cooperação Técnica. Segue a relação dos acordos em vigor das principais organizações internacionais que realizam projetos de Cooperação Técnica Multilateral na área da saúde com o Brasil:

- **BID:** Convênio Constitutivo do Banco Interamericano de Desenvolvimento, de 08/04/59;
- **ONU:** Acordo Básico de Assistência Técnica entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas e suas Agências Especializadas, de 29/12/64;
- **OPAS/OMS:** Acordo Básico de Assistência Técnica entre o Brasil e a OPAS/OMS, de 29/12/64; e o Acordo entre a Repartição Sanitária Pan-Americana e o Brasil para o funcionamento do Escritório de Área da OPAS/OMS, de 20/01/83;
- **OEA:** Acordo entre o Brasil e a Secretaria Geral da OEA, sobre o Funcionamento de Escritório da OEA, suas Obrigações, Privilégios e Imunidades, de 23/02/88, que prevê o desenvolvimento de atividades referentes à prestação de serviços diretos e de cooperação técnica da Organização no Brasil, em prol do desenvolvimento econômico, social, educacional, científico, tecnológico e cultural do país (ABC, 2004, p. 16-17).

O grande boom dos projetos de cooperação técnica recebida multilateral foi entre os anos 1970 e 1980, havendo uma queda a partir do século XXI. Podemos colocar que essa queda ocorre pela intensificação da Cooperação Sul-Sul, voltada para uma cooperação mais equitativa e horizontal, visando a troca de saberes e autonomia futura dos parceiros. Já a tradicional cooperação, realizada tanto por países desenvolvidos ou pela maioria das organizações, tinha como enfoque a ajuda ou a estrita doação de recursos ou tecnologia, sem possibilitar a autonomia futuro dos receptores de cooperação. Segundo estudo de Abreu (2013), as organizações que mais realizaram o recebimento de cooperação técnica multilateral no Brasil, foram o PNUD, com 38%; a UNESCO, com 25%; e o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), com 9%; conforme Figura 7. A participação do PNUD no contexto da CTI multilateral era de fornecer, na maioria das vezes, financiamento para o desenvolvimento destes projetos.

Figura 7 - Cooperação Técnica Multilateral por Organismo Internacional



Fonte: Abreu (2013, p. 11).

Essa participação do PNUD será identificado pelo estudo realizado por Amado Cervo sobre o papel da CTI para o desenvolvimento econômico do Brasil. Cervo (1994b) destaca que entre os anos de 1930 a 1990, a política externa brasileira orientou-se para a promoção do

desenvolvimento nacional, sendo a cooperação técnica recebida parte desse programa desenvolvimentista nacional. Foi identificado projetos de CTI tanto recebida como prestada no Brasil, tendo como foco os projetos concluídos até 1989. No contexto da cooperação técnica multilateral recebida, o estudo identificou 152 projetos realizados no Brasil com o envolvimento do PNUD, 105 projetos com o envolvimento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e 25 projetos com o envolvimento de diferentes organizações internacionais ⁷³ (CERVO, 1994b).

Dentre os 152 projetos recebidos de CTI pelo PNUD, 98 tiveram a participação de agências especializadas do sistema ONU, sendo: 37 projetos com a participação da Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura (FAO), 18 projetos com a participação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 16 projetos com a participação da Organização Internacional do Trabalho (OIT), 10 projetos com a participação da Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial (UNIDO), 10 projetos com a Agência Internacional de Energia Atômica e 7 projetos com a Organização Mundial da Saúde (OMS). As principais áreas que se concentram esses projetos de cooperação técnica recebida do PNUD foram em ciência e tecnologia, recursos humanos, agricultura e abastecimento e apoio as Universidades do Brasil (CERVO, 1994b).

Ainda conforme o estudo de Cervo (1994b), dos sete projetos executados na área da saúde com a OMS/PNUD, seis não foram apresentados os documentos à ABC para que houvesse o controle dos mesmos. No entanto, na maioria destes teve o envolvimento da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) a fim que a instituição auxiliasse no fortalecimento do sistema nacional de saúde do Brasil e no controle da qualidade na fabricação de medicamentos produzidos no país. Para o autor, essa cooperação do PNUD/OMS na área da saúde auxiliou no próprio fortalecimento da Fiocruz.

Assim, apesar da deficiência dos dados sobre os projetos de CTI multilateral recebida na área da saúde no Brasil do PNUD/OMS, que foram verificados pelo estudo de Cervo (1994b), essas cooperações

⁷³ Nesse estudo realizado por Cervo (1994b, p. 47), foram identificados também 249 projetos de cooperação técnica recebida do exterior de forma bilateral, com os seguintes países: Alemanha (89), França (65), Japão (39), Canadá (22), Itália (17) e Grã-Bretanha (16). Além desses, foi localizado apenas um projeto com os Estados Unidos.

também contribuíram na formação e na consolidação da expertise brasileira em saúde.

3.5.1 Cooperação Técnica Recebida Multilateral da OPAS no Brasil nos anos 1970

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é uma das organizações hoje mais relevantes no contexto da cooperação técnica internacional na área da saúde, sendo interlocutora de inúmeros projetos de CTI do Brasil para os países em desenvolvimento. Criada em 1902, nos Estados Unidos, tendo 12 países participantes: Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Paraguai e Uruguai. A organização era chamada de “Oficina Sanitária Internacional”. Seu objetivo inicial era promover o intercâmbio de informações e estabelecer convenções por meio das conferencias internacionais, no qual deveriam ser cumpridas pelos seus membros. O Brasil passa a fazer parte da OPAS em 1929, tendo hoje uma sede da representação da organização no país, em Brasília.

Para Lima (2002, p. 25), a OPAS não é somente o mais antigo organismo de cooperação na área de saúde, mas também uma das primeiras instituições internacionais de cooperação internacional. Antes da organização ser incorporada à OMS, sua atuação se centrava por meio das “Conferências Sanitárias Pan-Americanas”, que tentavam propagar sobre ideias científicas e ações voltadas principalmente ao controle de doenças transmissíveis. Foi nesse período que foi criado o Código Sanitário Pan-Americano, em 1924 (LIMA, 2002). Em 1948, a OPAS foi incorporada a OMS, mas manteve certa autonomia em relação a OMS (ALMEIDA, 2013).

Na Reunião Extraordinária da Organização dos Estados Americanos (OEA), em 1961, a OPAS salienta a necessidade de verificar a saúde como condição para o desenvolvimento dos países. No final do encontro é assinada a *Carta de Punta del Este*, que cria o Plano Decenal de Saúde Pública da Aliança para o Progresso. Este documento determina como medidas de caráter imediato com relação a saúde: “à oferta de água potável e à provisão de serviços de esgotamento; à mortalidade infantil; ao controle de doenças transmissíveis, o que incluía a erradicação da malária e da varíola; à alimentação e nutrição de populações desfavorecidas; e à ampliação, organização e administração da rede de assistência à saúde” (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006, p. 22).

A Carta de Punta del Este é justamente o marco político-institucional e simbólico dessa mudança no entendimento do papel das políticas públicas de saúde e dos profissionais deste campo, no desenvolvimento social e econômico das nações latino-americanas (PAIVA, 2004, p.2).

O foco da OPAS passa a ser a criação de planos nacionais de saúde dos países da América Latina e a capacitação de recursos humanos de saúde, principalmente para a formação na área da medicina geral e preventiva, por meio de reuniões e da cooperação técnica para a revisão do ensino no continente. Nesse contexto, é organizado, pela OPAS e pelo Instituto de Planificação Econômica e Social (IPES), o primeiro Curso sobre Planificação de Saúde no IPES, em Santiago, Chile. O curso foi voltado aos altos funcionários da administração de saúde dos países membros da Opas, com o objetivo de formar planejadores de saúde para promover a criação de planos nacionais de saúde da América Latina, então apontados na Carta de Punta del Este (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; PAIVA, 2004).

Em 1963, é realizada a primeira Reunião de Ministros da Saúde das Américas, em Washington. Encontro organizado pela OPAS, teve como objetivo discutir a operacionalização das metas do Plano Decenal em Saúde. Os países apontam como prioridade a necessidade da capacitação recursos humanos em saúde e a melhora da realização de dados epidemiológicos, já que os mesmos não eram confiáveis nos países da América Latina. Outro aspecto importante destacado pelos países nesse encontro foi a necessidade de ações voltadas para o controle das endemias e das epidemias – malária, varíola, entre outras – como também das epidemias rurais (PAIVA, 2004).

Tendo como meta a formação de profissionais em saúde, a OPAS, junto com o Ministério da Educação e Cultura, o Ministério da Saúde e a Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, criam, em 1967, a Biblioteca Regional de Medicina (Bireme), em São Paulo, Brasil. Por meio da cooperação e da atuação em rede, a Bireme, tem como objetivo ampliar o acesso do acervo das bibliotecas e das instituições nacionais e internacionais das publicações da área da saúde aos profissionais da área (PIRES-ALVES, 2008). Com a implantação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no sistema de consulta aos acervos da Bireme, a mesma se caracteriza atualmente como uma das mais

importantes instituições na difusão de produções científicas e arquivos nacionais da área da saúde na América Latina e Caribe.

Dando continuidade a preocupação para a formação de recursos humanos, é realizado com o governo Brasileiro o primeiro acordo de cooperação técnica com a OPAS, em 1973, para a formação de recursos humanos em saúde. Este irá ser operacionalizado, somente em 1975, por meio de um acordo complementar no qual é definido o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS). Este programa estabelece a criação de um Grupo Técnico para capacitar os profissionais no Brasil. O foco na formação de recursos humanos em saúde, passa a não ser somente de médicos, mas principalmente de auxiliares de saúde. O documento coloca a necessidade da formação de: “atendente, visitador sanitário/auxiliar de enfermagem, inspetor e auxiliar de saneamento, auxiliar de patologia clínica, auxiliar de radiologia médica, auxiliar de odontologia, assistente e auxiliar administrativo, auxiliar de informação ou estatística e arquivo médico” (PAIVA, 2004, p. 15).

Essa mudança na formação de recursos humanos ocorreu devido ao estabelecimento do II Plano Decenal de Saúde, em 1972. O plano volta-se a capacitação de profissionais na medicina comunitária. O plano defende a ampliação da cobertura dos serviços de saúde por meio de uma abordagem multidisciplinar com relação a saúde-doença e nas ações de prevenção e cura, com a formação de profissionais tanto de nível superior como de técnicos e auxiliares em saúde (OPAS, 1972).

Cabe ressaltar também que em meio a essas movimentações internacionais no continente, discussões sobre o papel do Estado na criação de um efetivo sistema de saúde já estavam ocorrendo no Brasil. Para facilitar as ações na área da saúde, na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, foi proposto a municipalização da assistência à saúde no Brasil. No entanto, com o golpe militar, em 1964, houve centralização desse setor nas mãos do Estado, estagnando as discussões sobre a possibilidade da descentralização na área da saúde. Somente no início dos anos 1970 que começa existir certa abertura política, abrindo espaço para o aparecimento de um movimento social, chamado “Movimento Sanitário” que irá criticar o atual modelo econômico vigente, denunciando as más condições de vida da população e defendendo reforma do sistema de saúde, a ampliação do seu atendimento e a reforma do ensino na área médica.

Em 1975 é instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS) no qual estabelecia a responsabilidade da assistência individual e curativa à Previdência Social, e as ações preventivas e o atendimento coletivo e os

cuidados preventivos sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Segundo Paiva (2004), foi com operacionalização da criação do SNS que o acordo com a OPAS passa a ser realizado. Importante destacar que o “Movimento Sanitário” contribuiu de forma relevante para a criação desse sistema nacional e depois para a criação do Sistema Único de Saúde, em 1988 (SOARES; MOTTA, 1997).

Assim, apesar de ser relevante, o objetivo desta tese não é fazer um apanhado histórico de todos os acordos e projetos de CT firmados entre o Brasil e a OPAS, mas de salientar que esta organização internacional teve participação significativa na formação de profissionais de saúde bem como na fomentação para a criação de um Sistema Nacional de Saúde. Desde então, vários acordos foram assinados entre a OPAS/OMS e o governo brasileiro, que desde 1973, são realizados por meio de Termos de Cooperação (TCs). Além de Cooperação Técnica Recebida Multilateral (CTRM), tradicional forma de cooperação entre o Brasil e a OPAS/OMS a partir dos anos de 1970, atualmente a OPAS/OMS também se envolve, como organização responsável ou de suporte técnico, na Cooperação Sul-Sul, chamada de cooperação triangular – Brasil como doador, um país como receptor, e um país desenvolvido ou organização multilateral como financiador ou responsável pela gestão executiva do acordo (OPAS, 2007).

Atualmente, a OPAS/OMS prioriza projetos nas áreas de serviços de saúde coletiva, prevenção e controle de enfermidades; a gestão do sistema; e a capacitação de recursos humanos, por meio de projetos nacionais ou concentrados em alguns estados, principalmente no Nordeste. Suas atividades atendem também alcançar os Objetivos do Milênio (ODM) em 2000. O tema que mais se destacou nas atividades de cooperação entre a OPAS/OMS e o governo brasileiro, foi a busca pela melhoria da qualidade dos serviços, desenvolvendo projetos voltados a capacitação de recursos humanos em saúde, e a ampliação do acesso aos mesmos (OPAS, 2007, p. 36).

3.5.2 Auxílio do Banco Mundial no setor de saúde brasileiro

Uma agência internacional que também influenciou o Brasil a partir do final dos anos 1960, por meio opiniões, pareceres, recomendações e ajuda financeira, foi o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), também conhecido por Banco Mundial (BM). Criado junto com o Fundo Monetário Internacional (FMI)

através dos Acordos de Bretton Woods em 1944, o Banco Mundial foi uma das primeiras Organizações Internacionais (OI)⁷⁴, denominada por Odete Maria de Oliveira (2001), de segunda geração⁷⁵. Sediado em Washington e composto por 187 países-membros, o Banco Mundial, quando fora criado, tinha como objetivo prestar ajuda financeira aos países europeus que haviam sido devastados pela segunda Guerra Mundial objetivando a reconstrução dos mesmos.

No final da década de 1960, mais precisamente na gestão do Robert McNamara (1968-1981) na presidência do Banco Mundial, passa a ser incorporada dentro da organização internacional a preocupação quanto à pobreza nos países em desenvolvimento. Essa mudança de direção do BM foi resultado, não só à estabilização da guerra fria, mas também da crítica feita pelo Relatório Pearson⁷⁶ quanto à desigualdade na distribuição de recursos que as “ajudas” bilaterais estavam promovendo em função das preferências regionais. Este relatório constatou que o crescimento econômico ocorrido nos países periféricos, nas décadas anteriores, não havia resultado na redução da pobreza, ao contrário, reverteu em maior concentração de renda e aumento das desigualdades sociais tanto no contexto interno dos países como entre os mesmos. Assim, a partir dessa conjuntura, o Banco Mundial passou a direcionar seu auxílio para os países em desenvolvimento por meio de projetos em diversas áreas, como

⁷⁴ Segundo Seintenfus (2005, p. 32-33), as Organizações Internacionais são definidas como “associações voluntárias de Estados” [...] “constituídas através de um Tratado, com a finalidade de buscar interesses comuns através de uma permanente cooperação entre seus membros”.

⁷⁵ As organizações de primeira geração não tinham caráter vinculativo e nem de permanência, já as OI de segunda geração – pós os anos de 1919 – são formadas por Estados soberanos através da associação voluntária, por meio de um acordo constitutivo tendo reconhecimento jurídico da sua autonomia. A primeira OI de segunda geração foi a Liga das Nações – precursora da Onu – que tinha como objetivo a manutenção da paz no sistema internacional (OLIVEIRA, 2001).

⁷⁶ Este relatório foi resultado de um estudo realizado por uma “Comissão do desenvolvimento Internacional” composta por Roberto de Oliveira Campos, brasileiro; Edward Doyle do Reino Unido; C. Douglas Dillon dos EUA; Wilfried Guth, da Alemanha Ocidental; W. Arthur Sennis, da Jamaica; Robert E. Maryolin, da França; Sabure Okita, do Japão e coordenada por Lester B. Person, ex - primeiro ministro e Prêmio Nobel da Paz; e mais 14 técnicos, de novembro de 1968 a outubro de 1969, sobre os primeiros 20 anos de atuação do Banco na cooperação econômica internacional para o desenvolvimento e recomendações para o BM para intervenções futuras (PEARSON, 1971).

infraestrutura, meio-ambiente, saúde, entre outros, buscando a redução da pobreza e a melhora da qualidade de vida das populações desses países⁷⁷.

O primeiro documento publicado pelo Banco Mundial sobre a saúde foi em 1975: “Salud: documento de política sectorial”. Este documento tem como principais sugestões para os países em desenvolvimento medidas voltadas para o melhoramento do saneamento, nutrição e fundamentalmente para o planejamento familiar.

La mejor salud es um médio por qual el ser humano puede lograr um mejor control sobre su entorno y esto, a su vez, incrementa su deseo y capacidad de planificar su futuro. Dentro de este marco se observan numerosa concatenaciones. El desarrollo económico y educacional puede estimular la planificación familiar, esta contribuye a mejorar la nutrición, la nutrición mejora la salud y ésta, a su vez, puede mejorar la actitud hacia la planificación familiar, reducir el ausentismo, incrementar la disponibilidad y la productividad de la mano de obra y facilitar el aprovechamiento de los recursos naturales (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 33-34).

Este documento esboça a necessidade de uma reforma no setor da saúde nos países periféricos, sendo a principal mudança do sistema público o abandono da assistência individual de alto custo, realizada em âmbito hospitalar, e concentrar suas ações em uma assistência coletiva, simplificada e descentralizada para o nível comunitário (BANCO MUNDIAL, 1975). Rizzotto (2000, p. 128) resume de forma sucinta a diretriz do relatório:

⁷⁷ Entre 1945-1955 o foco dos empréstimos do BM se concentrava na Europa Ocidental para fins de reconstrução e incremento das trocas comerciais; entre 1956-1968 o foco passa a ser no processo de industrialização da América Latina, especialmente em infra-estrutura (energia, telecomunicações e transporte); entre 1968-1980 o foco se dá na luta contra a pobreza e miséria (priorização de projetos nas áreas agrícola e educativa); 1980-1994 foco nas políticas de ajustes macroeconômicos; 1994-2005 foco nas reformas de segunda geração: fiscal, educacional, institucional, desregulamentação, abertura econômica, privatização e programas sociais voltados para as camadas mais pobres da população (SEITENFUNS, 2005, p. 189).

O sistema público de saúde que o Banco Mundial idealizou para os países em desenvolvimento, prega o abandono do tratamento clínico, dos avanços científicos e tecnológicos alcançados na área médica, hospitalar e farmacológica, ao mesmo tempo em que propõe a criação de serviços de saúde pública que se limitam a assistência básica, com utilização de procedimentos simples e baratos, realizados por profissionais pouco qualificados, que segundo o Banco, dariam conta de resolver os problemas de saúde mais gerais, de caráter familiar e comunitário.

Nesse período, a preocupação do BM quanto a saúde ainda era marginal. O relatório recomendava que o Banco deveria optar pela continuação do financiamento de projetos em infraestrutura, energia e agricultura, inserindo as questões de saúde no interior desses projetos, fazendo ações em pequena escala ou prestando “apoio a projetos específicos de controle de enfermidades em regiões em que estas afetam principalmente a população em idade produtiva e limitam também o uso das terras férteis” (BANCO MUNDIAL, 1975, p. 68-69).⁷⁸

As propostas do Banco quanto a políticas de saúde no nível internacional foram consolidadas somente com a publicação do Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993: Investindo em Saúde, no qual se basearam nas políticas neoliberais colocadas pelo Consenso de Washington⁷⁹. Esse relatório propõe a combinação de três medidas estratégicas: a primeira deveria ser a criação de um ambiente propício para que as famílias melhorassem suas condições de saúde através de políticas de crescimento econômico, garantindo mais renda aos pobres e uma melhor escolarização, particularmente das meninas; a segunda seria redirecionar os gastos públicos em saúde para programas mais eficazes em função dos custos; e a terceira seria a promoção da diversificação e da concorrência nos serviços na área da saúde (BANCO MUNDIAL, 1993).

⁷⁸ “[...] apoyo a proyectos específicos de control de enfermedades en zonas en lãs que éstas afectan principalmente a la población en edad de trabajar y limitan también El uso de las tierras fértiles”.

⁷⁹ Conjunto de medidas fundamentadas pelas políticas neoliberais publicadas em novembro de 1989 por economistas de instituições financeiras situadas em Washington D.C., como o FMI, o Banco Mundial e o Departamento do Tesouro dos Estados Unidos.

Esta organização multilateral apresenta-se atualmente como um Grupo formado por cinco instituições, sendo o Banco Mundial e a Associação Internacional de Desenvolvimento (IDA) as instituições responsáveis pelo auxílio aos países em desenvolvimento. Enquanto o Banco Mundial possibilita empréstimos aos países de renda média e aos países pobres com capacidade para obter crédito, a IDA trabalha exclusivamente com os países mais pobres, fornecendo empréstimos sem juros. No Brasil, os empréstimos financeiros sempre foram realizados com o BM.

Os empréstimos oferecidos pelo BM são de dois tipos: financiamentos para investimento em bens, obras e serviços, designados no apoio a projetos de desenvolvimento social e econômico em diversos setores; e empréstimos de ajuste, que visam prestar assistência às reformas institucionais e de políticas. O estatuto do Banco Mundial estabelece que apenas os governos dos Estados-Membros poderiam solicitar empréstimos a organização. Mas os governos estaduais e municipais - ou às agências e órgãos controlados por estes – também podem solicitar empréstimos ao BM desde que o governo federal forneça o aval. Normalmente o BM financia 50% do custo total dos projetos, sendo o restante advindo de recursos do próprio país. No Brasil, os financiamentos do Banco Mundial são coordenados pela Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

O primeiro empréstimo contraído pelo Brasil com o BM foi em 1949 a fim de financiar o projeto na área de Energia e Telefonia (WORLD BANK, 2014). O primeiro projeto na área da saúde foi em 1976, denominado de “Pesquisa em Nutrição e Desenvolvimento” concluído em 1983. De lá para cá foram assinados mais 16 projetos na área da saúde pelo Brasil com o BM⁸⁰. Destes, apenas dois estão ainda em aberto: o Segundo Programa Saúde da Família – extensão do primeiro iniciado em 2003 e concluído em 2007; e o Aids/Sus - Programa Nacional de AIDS - Serviço Nacional de Saúde. Não foram computados nessa pesquisa os projetos sobre saneamento por considerar que este setor se insere em projetos da área de infraestrutura e não somente saúde. Os projetos

⁸⁰ Sendo o foco da pesquisa a área da saúde, foram levantados, por meio do banco de dados, os projetos de cooperação firmados pelo Brasil com o Banco Mundial, tendo como diretriz a saúde como área de concentração (major sector), disponíveis na página eletrônica da organização (WORLD BANK, 2014).

identificados no banco de dados do sítio eletrônico do Banco Mundial na área da saúde entre o Brasil e o BM estão expressos na Tabela 4.

Tabela 4 - Projetos do Banco Mundial no Brasil na área da saúde

Projeto	Início
<i>Nutrition Research and Development Project</i>	Junho/1976
<i>The Northwest Region Integrated Development Program: First Phase - Health Project</i>	Dez./1981
<i>The National Health Policy Studies Project</i>	Junho/1984
<i>The Northeast Basic Health Services Project</i>	Maió/1986
<i>The Northeast Endemic Disease Control Project</i>	Março/1989
<i>The Amazon Basin Malaria Control Project</i>	Maió/1989
<i>The Second Northeast Basic Health Service Project</i>	Nov./1989
<i>AIDS and STD Control Project</i>	Nov./1993
<i>The Health Sector Reform Project (REFORSUS)</i>	Junho/1996
<i>BR: AIDS & STD Control II</i>	Set./1998
<i>The Disease Surveillance and Control Project (VIGISUS)</i>	Set./1998
<i>The Brazil Health Extension Program Project (FHEP)</i>	Março/2002
<i>The Third AIDS & STD Control Project</i>	Junho/2003
<i>The Second Disease Surveillance and Control Project</i>	Maió/2004
<i>The Second Family Health Extension Project</i>	Abril/2008
<i>AIDS-SUS (National AIDS Program - National Health Service)</i>	Maió/2010

Fonte: Banco Mundial. Elaboração própria.

Conforme os dados, os projetos firmados entre o Brasil e o BM na área da saúde tiveram um boom nos anos de 1980, concentrando se principalmente na região norte e nordeste do Brasil. As áreas específicas que os projetos se concentraram foram principalmente no planejamento familiar, o desempenho do sistema de saúde e controle da HIV/AIDS e outras doenças transmissíveis. Além disso, o Banco Mundial realizou vários estudos e relatórios sobre a área de saúde brasileira, sendo alguns destes: *Brazil: Northeast Endemic Disease Control Project* (1988); *Policies for Reform of Health Care, Nutrition and Social Security in Brazil* (1988); *Women's Reproductive Health in Brazil* (1989); *Adult Health in Brazil: Adjusting to new Challenges* (1989)⁸¹; *Issues in Federal*

⁸¹ Texto publicado em português em 1991 com o título: *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*.

Health Policy in Brazil, (1991); e *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s* (1993)⁸².

3.6 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

A partir do que foi apresentado nesse capítulo, podemos verificar que o recebimento de cooperação técnica internacional na área da saúde no Brasil produziu efeitos relevantes no país. Iniciada principalmente no início do século XX, tinha como objetivo o controle das doenças transmissíveis, como febre amarela, malária, Chagas, entre outras. No entanto, essas cooperações passaram a abranger temas mais amplos como na formação de profissionais na área da saúde, no desenvolvimento científico do país, na criação de laboratórios próprios de pesquisa sobre doenças e saúde, na fomentação de políticas públicas e na criação de um Sistema Nacional de Saúde e na ampliação dos serviços em saúde.

Além disso, universidades e escolas superiores na área médica também foram criadas no país a partir dessas cooperações internacionais, bem como o fortalecimento de importantes instituições de pesquisa, como o Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto Butantã. Desta forma, podemos concluir que as cooperações técnicas internacionais na área da saúde no Brasil contribuíram de forma significativa para formar e fortalecer a estrutura da saúde no Brasil, capacitando profissionais, fortalecendo instituições, criando laboratórios e centros de pesquisa. Essa estrutura possibilitou que o Brasil tivesse uma *expertise* própria e que várias ações no ambiente doméstico como controle e prevenção de doenças, atendimento em saúde, pesquisas, entre outras tivessem sucesso, fazendo do Brasil de um receptor para doador de cooperação técnica internacional na área da saúde, tema que será abordado no próximo capítulo.

Ressalta-se no entanto, embora não tenha sido a proposta deste estudo, da relevância de analisar também de forma qualitativa estes projetos de CTI recebidos em saúde no Brasil a fim de avaliar sobre o que propunham, como foram desenvolvidos, os resultados efetivos dos mesmos e se houve encaminhamentos e desdobramentos posteriores destes projetos. Assim, fica a lacuna aberta, para estudos posteriores.

⁸² Texto traduzido para o português em 1995, com o título: *A organização, prestação e financiamento da saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*.

4 BRASIL COMO DOADOR DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

Como falado no capítulo anterior, o recebimento da cooperação técnica internacional no Brasil na área da saúde não é recente. Desde o início do século XX, o país passa a receber cooperação voltados principalmente no controle e na prevenção das doenças transmissíveis como cólera, febre amarela, malária, Chagas, entre outras. Estes projetos causaram mudanças importantes no Brasil como na determinação das políticas e serviços de saúde pública, na formação profissional tanto de médicos como de enfermeiros, no desenvolvimento científico, na criação e no fortalecimento de universidades e escolas superiores na área médica e de instituições nacionais da área da saúde como a Fiocruz.

O Brasil inicia suas ações como doador de cooperação técnica internacional aos países em desenvolvimento nos anos 1970, em diversas áreas temáticas, inclusive na saúde, mas até a metade dos anos 1990 estas atividades ocorreram de forma muito incipiente e desordenada (ABC, 2007a). É no final da década de 1990 e principalmente no século XXI, que as ações de CTI prestada do Brasil passam a ganhar maior expressão, sendo uns dos temas de destaque destes projetos a área da saúde.

Foi no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) que o Brasil passa a se destacar na área da saúde. Como analisado no Capítulo 2, a política externa do governo FHC teve como diretriz a participação do país nos principais Regimes Internacionais com o objetivo de melhorar a imagem do país no sistema internacional a fim de angariar acordos mais benéficos e assim auxiliar no desenvolvimento do país. Nesse contexto, seu governo priorizou estreitar as relações do Brasil com os países desenvolvidos – a Cooperação Norte-Sul -, pois acreditava que a sua boa atuação no sistema internacional alteraria a imagem de país atraso. A busca desse governo não era a liderança, mas o reconhecimento da sua posição no sistema internacional. No contexto da CTPD, os projetos passam a ser realizados pelo Brasil a partir das demandas dos países receptores devido ao sucesso de suas políticas nacionais e por sua atuação no cenário internacional pela defesa do uso da licença compulsória em casos de necessidade pública.

Mas é no governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) que a saúde ganha ênfase na agenda internacional brasileira ao ser inserida como um dos temas predominantes da Cooperação Sul-Sul do país, tornando-se um grande doador de CTI nesta área, conforme destaca Hirst (2012, p. 11), que a saúde passa a ser considerada uma das “estrelas” da

cooperação Sul-Sul brasileira, juntamente com a agricultura e a educação. A política externa deste governo teve como diretriz a diversificação tanto dos seus parceiros como da sua agenda, colocando como prioridade as relações entre os países do Sul, defendendo que estas seriam mais justas e benéficas, contribuindo assim para o desenvolvimento do país e de se tornar um *Global Player*⁸³ no sistema internacional.

O Brasil passa a ser ator ativo no campo da diplomacia da saúde no século XXI, participando das discussões dos principais organismos multilaterais na área da saúde como a OPAS e a OMS, como em outras organizações internacionais como a OMC e a ONU. Na OMS, por exemplo, o Brasil passa a ocupar uma das 34 cadeiras do Comitê Executivo no triênio 2004-2007, sendo reeleito para o triênio 2008-2011. Outro destaque foi a liderança do país na elaboração do primeiro tratado internacional de saúde pública da OMS: a Convenção - Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), assinado em 2003 e entrando em vigor em 2005 (WHO, 2008 apud BUSS; FERREIRA, 2012).

Desta forma, segundo Lima et al. (2010), o destaque do posicionamento brasileiro no contexto da cooperação técnica internacional em saúde, principalmente no governo Lula, advém de um processo que vem sendo consolidado por meio de ações tanto da política nacional como da política externa. Com o sucesso da política nacional de combate ao HIV/Aids, o Brasil passa a ser reconhecido no âmbito internacional por suas ações. Alinhado a presença ativa do governo brasileiro nas negociações regionais e multilaterais, o país passa a ser demandado por parte dos países em desenvolvimento por projetos de cooperação técnica internacional na área da saúde.

Segundo a Agência Brasileira de Cooperação (ABC), os programas e projetos de cooperação técnica realizados pelo Brasil na área da saúde tem como foco transmitir experiências e conhecimentos que tiveram êxito no âmbito nacional. Desta forma, os projetos de CT não se caracterizam pela transferência de recursos financeiros, mas por atividades de consultoria, formação de técnicos e multiplicadores, treinamento e transferência de tecnologia/conhecimento e, em algumas ocasiões, doação de equipamentos. Os projetos são realizados a partir das demandas recebidas por parte dos países interessados pela CT brasileira. Os temas que tem se destacado nessa CTI prestada do Brasil na área da

⁸³ Estados nacionais ou outros atores internacionais que estão inseridos no processo da interdependência global e que influenciam na construção e no andamento das regras do sistema internacional.

saúde são sobre o controle e prevenção de doenças como Malária, HIV/Aids, Doença de Chagas, entre outras; criação de Sistema Único de Saúde; programas na área de Nutrição; criação de Bancos de Leite Humano; Vigilância Ambiental em Saúde; Vigilância Epidemiológica; Geminação de Hospitais; Fármacos e Imunobiológicos (ABC, 2007, p. 3).

Sendo assim, o presente capítulo tem como objetivo averiguar as ações do Brasil que contribuem para a consolidação do país como doador de cooperação técnica internacional na área da saúde. Foi no governo Lula (2003-2010) que o tema da saúde passou a ser inserido na agenda da política externa brasileira, fazendo do Brasil um grande doador de cooperação técnica na área da saúde. No entanto, as ações do governo anterior, de Fernando Henrique Cardoso, foram relevantes para essa consolidação do Brasil como novo doador do Sul na área da saúde. Assim, nesse capítulo será abordado as ações de CTI prestada do Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula, bem como as contribuições do governo FHC na área da saúde, consideradas propulsoras para a evolução do país como novo doador de cooperação técnica internacional em saúde.

4.1 ATUAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM SAÚDE NO GOVERNO FHC

O Brasil, país com grande extensão territorial, de clima tropical, e configurado por problemas socioeconômicos, foi palco de vários projetos de CTI recebida em saúde por parte tanto de países desenvolvidos como de organizações internacionais como PNUD, Banco Mundial, OPAS/OMS. Estas cooperações contribuíram de forma significativa no fortalecimento da expertise brasileira em saúde, fazendo com que o país passasse a realizar projetos como doador de CTI por volta dos anos 1970. No entanto, por diversos fatores, principalmente pela crise econômica internacional que ocorreu neste período afetando drasticamente a economia do país, o Brasil acabou não dando continuidade na realização de CTI prestada em saúde.

Com o final da guerra fria e o avanço da globalização e da interdependência econômica e financeira, aumenta de forma expressiva a circulação de pessoas e de mercadorias no cenário internacional, fazendo com que os Estados reduzam seu poder sobre o controle desses fluxos no seu território nacional. Esse contexto gera um aumento da preocupação no sistema internacional sobre os riscos dessa modernização, conforme verificado por Ulrich Beck. Nesse contexto, o tema da saúde passa a

ganhar maior relevância no cenário internacional não só pelos riscos das epidemias transnacionais⁸⁴, mas pela verificação da ideia de uma “Saúde Global”.

Uma das doenças desse novo período foi o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV - sigla em inglês), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – AIDS (sigla em inglês). Esta epidemia surgiu no final da década de 1970, mas foi nos anos 1980 que ocorreu a grande disseminação mundial do HIV/Aids. O Brasil foi um dos países atingidos nesse período⁸⁵, passando a adotar políticas públicas para o controle da doença desde 1983. Em 1987, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com o apoio da OPAS/OMS, faz o isolamento do vírus HIV, sendo o primeiro laboratório a realizar esse processo na América Latina.⁸⁶ Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos, o Brasil inicia, em 1989, parceria com a França a fim de realizar trocas de experiências no controle e na prevenção da HIV/Aids (ABC, 2007a).

Com base nos preceitos do SUS⁸⁷ de cobertura universal, equitativa e integral do atendimento aos serviços de saúde, o Brasil implementa a Lei 9.313, em 13 de novembro de 1996, que estabelece a obrigatoriedade da distribuição universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais (ARVs) para o tratamento da HIV/Aids pelo sistema único de saúde (SUS), sendo o primeiro país em desenvolvimento a realizar essa

⁸⁴ As doenças que atravessam as fronteiras nacionais e passam a ser chamadas de pandemias.

⁸⁵ Desde a identificação do primeiro caso em 1980 até 2008, já foram identificados, aproximadamente 506 mil casos da doença no país (JMPHC, 2015).

⁸⁶ Pelos resultados positivos na pesquisa do vírus HIV, a Fiocruz foi convidada pelo Programa Mundial de Aids das Nações Unidas e Organização Mundial da Saúde (Unaid/OMS) a integrar em 1991 a Rede Internacional de Laboratórios para Isolamento e Caracterização do HIV-1 Fiocruz. FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **O vírus da Aides: 20 anos depois.** Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/aidsmat4.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

⁸⁷ Criado em 1988 pela Constituição Federal, o SUS funciona de forma descentralizada, por meio dos Conselhos de Saúde que atuam nos planos federal, estadual e municipal compostos por usuários, profissionais da saúde e gestores, com a responsabilidade de definir sobre programas de saúde, verificar sua realização e controlar seu orçamento (Ferreira Neto; Araújo, 2012). É considerado um dos sistemas de saúde público de maior abrangência no mundo, alcançando em torno de 200 milhões de cidadãos (FORTES; ZOBOLI, 2005).

política. Com o sucesso dessa lei, é criado, em 1988, o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids⁸⁸, sendo reconhecido em 2003 como o melhor do mundo em desenvolvimento pela ONU e modelo para 31 países em desenvolvimento (CHADE, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) do Brasil (2005), essa política de acesso universal representou em um grande sucesso no controle do HIV/Aids no país, que entre 1997 e 2004, a mortalidade causada pelo HIV/Aids teve uma redução de 40% e a morbidade em 70%, bem como nas internações hospitalares e do tempo médio de internação hospitalar em 80%; representando na economia dos gastos governamentais em torno de US\$ 2,3 bilhões. No entanto, essa política gerou críticas por parte dos países desenvolvidos e de organizações internacionais. A alegação era que os países em desenvolvimento deveriam se preocupar primeiramente em garantir a estabilidade econômica a partir da adoção de políticas neoliberais, assumindo a visão do Estado mínimo e a redução dos gastos governamentais nas áreas sociais como de saúde. Assim, essa política brasileira de acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais representaria no aumento dos gastos governamentais, sobrecarregando a situação econômica do país.

Cabe ressaltar que o Brasil já sofrera retaliações por parte dos Estados Unidos nos governos anteriores devido a ausência uma lei específica sobre a proteção de patentes, forçado a apoiar o Acordo sobre Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS – sigla em inglês), que foi inserido na OMC em 1994. Com este apoio, o Brasil teve que criar a Lei da Propriedade Industrial (LPI) n. 9.279/96, fazendo com que o país passasse a conceder direitos de proteção. O Brasil que produzia já alguns medicamentos genéricos, inclusive os antirretrovirais, passa a ter que comprar estes medicamentos das indústrias farmacêuticas estrangeiras, com um preço muito mais elevado do que era produzido nacionalmente.

No entanto, os produtos que já tinham sido produzidos no Brasil e

⁸⁸ Antes mesmo da Lei de acesso universal aos medicamento antiretrovirais, o Brasil já havia iniciado o processo de aquisição e distribuição gratuita, em 1991. O Programa Brasileiro DST/Aids foi se sofisticando, contando hoje com 20 medicamentos: Abacavir, Didanosina, Estavudina, Lamivudina, Tenofovir, Zidovudina, Efavirenz, Nevirapina, Etravirina, Atazanavir, Darunavir, Fosamprenavir, Indinavir, Lopinavir, Nelfinavir, Ritonavir, Saquinavir, Tipranavir, Enfuvirtida e Raltegravir (BRASIL, 2015).

comercializados em qualquer lugar do mundo antes da lei entrar em vigor, ficaram inelegíveis ao patenteamento no Brasil pela LPI brasileira. Desta forma, cerca de 10 dos medicamentos antirretrovirais utilizados pelo programa nacional de controle e prevenção da HIV/Aids, fabricados principalmente pelo Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos), unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz, ficaram de fora da proteção de patentes e podendo ser produzidos legalmente no Brasil (ORSI et al., 2003, p. 116).

A LPI brasileira, nos artigos 68 a 74⁸⁹, também determinou a possibilidade de aplicar licença compulsória em casos de interesse público ou emergência nacional. Segundo Scholze (2001, p. 45), “licença compulsória é a autorização concedida, de ofício ou judicialmente, que faculta a suspensão temporária do direito exclusivo do titular da patente de impedir terceiro, sem seu consentimento, de produzir, usar, colocar à venda, vender ou importar com esses propósitos produto objeto de patente ou processo obtido diretamente por processo patenteado.” No entanto, no Acordo TRIPS da OMC, de 1994, não estava expresso de forma clara sobre a concessão do licenciamento compulsório, conforme segue os princípios norteadores deste acordo expresso no Art. 8, itens 1 e 2:

1 - Os Membros, ao formular ou emendar suas leis e regulamentos, podem adotar medidas necessárias para proteger a saúde e nutrição públicas e para promover o interesse público em setores de importância vital para seu desenvolvimento socioeconômico e tecnológico, desde que estas medidas sejam compatíveis com o disposto neste Acordo.

2 - Desde que compatíveis com o disposto neste Acordo, poderão ser necessárias medidas apropriadas para evitar o abuso dos direitos de propriedade intelectual por seus titulares ou para evitar o recurso a práticas que limitem de maneira injustificável o comércio ou que afetem adversamente a transferência internacional de tecnologia.

⁸⁹ As principais possibilidades de aplicar a licença compulsória, expressas na Lei 9.279/96 são: Artigo 68 §1º - insuficiência de exploração, §2º - exercício abusivo, §3º - abuso de poder econômico; Artigo 70 - dependência de patentes; Artigo 71 - interesse público ou emergência nacional (BRASIL, 1996).

Com a elevação dos gastos governamentais pelo aumento dos preços dos medicamentos antirretrovirais, o Brasil passa a defender a possibilidade de utilizar licença compulsória. Estes medicamentos foram: o Efavirenz (produzido pela empresa norte americana Merck Sharp) e Nelfinavir⁹⁰ (produzido pela La Roche). A defesa brasileira para o uso da licença compulsória baseou-se no critério do direito a saúde⁹¹ como premissa dos direitos fundamentais do ser humano, expresso pela ONU em 1948, e garantido na Constituição Federal Brasileiro de 1988⁹² como um bem público⁹³, e devendo prevalecer sobre o comércio.

Não contente com o posicionamento do Brasil, os Estados Unidos entra com um pedido de abertura de painel no Órgão de Solução de Controvérsias da OMC, em janeiro de 2001, contra o Brasil por alegar que o artigo 68 da LPI brasileira não estava expresso no Acordo Trips. Segundo Oliverira (2007), o Brasil foi acusado de “desrespeitador de patentes” (patent-miscreant).

O Ministério da Saúde, comandado por José Serra, teve forte atuação na defesa do direito ao uso da licença compulsória. Este Ministério passa a colocar anúncios pagos nos jornais dos Estados Unidos, dizendo que “a AIDS não é um negócio” e a produção local de antirretrovirais não era um “ato de guerra” à indústria farmacêutica, mas sim “um ato de vida”.⁹⁴ Tanto que com o grande envolvimento do Ministério da Saúde do Brasil nas discussões internacionais sobre a defesa

⁹⁰ Ministro da Saúde determina a licença compulsória da patente do Nelfinavir – Nota da imprensa (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

⁹¹ Segundo Preâmbulo da Carta Constitutiva da OMS, “saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou outros agravos” (ANVISA, 2009, p. 4).

⁹² Art. 1o - A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III - a dignidade da pessoa humana; Art. 6o - São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, grifo nosso).

⁹³ Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, grifo nosso).

⁹⁴ “Brasil defende política Anti-AIDS nos EUA”. *O Globo* (Rio de Janeiro), 25 de junho, 2001.

brasileira em garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, é criado a Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA) do Ministério da Saúde, em 1998. A AISA passa a atuar no melhor planejamento das diretrizes, coordenação e implementação das ações internacionais do Ministério da Saúde bem como auxiliar a posição brasileira sobre temas de saúde em âmbito internacional, articulando de forma permanente com as áreas técnicas das Secretarias e das Unidades Vinculadas do Ministério da Saúde. As funções da AISA são:

assessorar o Ministro de Estado em missões e eventos internacionais; autorizar e monitorar a execução dos projetos de cooperação técnica internacional; coordenar a interlocução e a participação do Ministério nos fóruns e organismos multilaterais, assim como nas iniciativas de integração regional (MERCOSUL e UNASUL).

Outras atribuições da AISA incluem: a contribuição na formulação de política externa para a saúde, o apoio às unidades técnicas da saúde ao identificar e elaborar projetos, negociar e captar recursos, monitorar e avaliar a execução dos trabalhos ou ações de cooperação a gestão em ações de assistência humanitária, a participação proativa nas reuniões de organismos internacionais que envolvam os temas de saúde e o trabalho de difusão informativa dos programas de cooperação e atividades internacionais do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A opinião pública internacional e diversas organizações internacionais passam a apoiar o Brasil na sua defesa do uso da licença compulsória em casos de interesse público ou emergência nacional. Na Assembleia Geral da ONU, a partir da proposta brasileira, foi aprovado, em abril de 2001, a Resolução n. 33/200⁹⁵, que determina o acesso a medicamentos essenciais como um direito humano à saúde (Horta, 2001). Na OMS também é aprovado duas resoluções: a “Resposta Global ao HIV/AIDS” e a “Estratégia de Medicamentos da OMS” (HEALTH GAP

⁹⁵ De acordo com essa resolução, países-membros das Nações Unidas devem adotar legislação “para salvaguardar o acesso a farmacêuticos [...] de limitações impostas por terceiras partes” (THE ASSOCIATED PRESS, 2001 apud MELLO; SOUZA, 2011).

COALITION, 2001 apud MELLO; SOUZA, 2011). Organizações não governamentais (ONGs) como *Médicos sem Fronteiras*, *Health GAP*, *Oxfam* e entre outras ligadas aos direitos humanos passam também a defender este direito (OLIVEIRA; MORENO, 2007).

Toda essa comoção acaba resultando na retirada do painel aberto na OMC por parte dos Estados Unidos contra o Brasil, em 25 de junho de 2001 (MELLO; SOUZA, 2011). E em novembro de 2001 é assinado a Declaração de Doha da OMC que reconhece a possibilidade do uso da licença compulsória em casos de emergência pública nos países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento que possuem graves problemas de saúde pública.

Segundo Oliveira e Moreno (2007), a relativa vitória por parte do governo brasileiro se deu por diversos fatores, como a defesa do país do caráter humanitário no contexto da possibilidade da licença compulsória ganhando a simpatia da opinião pública internacional e de diversos países e organizações internacionais; o legado da diplomacia brasileira que no governo FHC estava enfocada no contexto da “autonomia pela participação” (VIGEVANI; CEPALUNI, 2011), possibilitando o apoio internacional; a articulação do Ministério da Saúde, com o ministro José Serra articulando o apoio dos “atores domésticos e internacionais: a indústria farmacêutica e os laboratórios nacionais, as organizações da sociedade civil no Brasil e no exterior que auxiliam doentes de AIDS, parte da população sensível ao tema da saúde, parlamentares, organizações internacionais, parte da sociedade civil estadunidense e organizações de vários países” (OLIVEIRA; MORENO, 2007, p. 205), gerando uma articulação e parceria do Ministério da Saúde com o Ministério das Relações Exteriores do Brasil possibilitando uma maior horizontalização da política externa brasileira; e o papel ativo exercido pelo MRE na “elaboração e execução da estratégia vencedora, em colaboração com agências estatais envolvidas na questão e parceiros internacionais e nacionais” (OLIVEIRA; MORENO, 2007, p. 205).

4.1.1 Cooperação técnica internacional na área da saúde no governo FHC

Tendo como foco o controle e a prevenção da HIV/Aids, o Brasil realiza, na cidade do Rio de Janeiro, em maio de 1996, a “Oficina de Planejamento Estratégico de Cooperação Horizontal para a Prevenção do HIV/AIDS entre os Países da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS”. Nesse encontro, por iniciativa brasileira, é criado o Grupo

de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS (GCTH), com o objetivo de desenvolver ações de cooperação bilateral e multilateral entre os países da região. O GCTH tem hoje programas nacionais para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids firmados com 21 países da América Latina e Caribe (ABC, 2007a).

A partir do envolvimento do Brasil no GCTH, em 1997 o país cria sua Unidade ou Assessoria de Cooperação Externa (Coopex), realizando assim, suas primeiras iniciativas de cooperação técnica internacional para o controle e tratamento da HIV/Aids (LIMA; CAMPOS, 2010). Os primeiros projetos de cooperação internacional foram com os governos de El Salvador e Peru, em 1997. Posteriormente, no mesmo ano, também foi firmado uma cooperação com Cuba, de forma informal, caracterizado pela doação de equipamentos e capacitação de pessoal, formalizado em 2000 e depois renovado até 2003. Assim, nesse período, foram realizadas uma série de atividades de cooperação, mas negociadas de forma informal, a partir de contatos diretos entre os distintos Programas Nacionais de DST/AIDS, principalmente no âmbito do GCTH (ABC, 2007a, p. 12). Em vista do envolvimento do Brasil no GCTH e do sucesso do seu plano nacional para o controle e prevenção do HIV/Aids, o Brasil estabelece, em 2002, o “Programa de Cooperação Internacional para Ações de Controle e Prevenção do HIV para Países em Desenvolvimento – PCI” (LIMA; CAMPOS, 2010), fazendo com que essas cooperações tivessem um caráter mais formalizado.

O Brasil, por iniciativa do Ministério das Relações Exteriores, com mediação das embaixadas brasileiras, em 1999, passa a realizar missões em alguns dos países africanos de língua inglesa (África do Sul, Namíbia, Quênia e Zimbábue) a fim de averiguar a situação destes países bem como interesses mútuos para a construção de possíveis projetos de cooperação técnica. Os países com maiores possibilidades de desenvolver projetos de cooperação técnica verificados pelo Brasil foram: a África do Sul, “em função da sua importância regional e da gravidade da epidemia”; e a Namíbia, “em função do comprometimento e interesse demonstrados, e também devido aos fatores mencionados em relação ao primeiro.” O Brasil opta por realizar nesse momento cooperação apenas com a África do Sul transferindo tecnologia para a produção de um dos medicamentos antirretrovirais: o AZT; tendo o apoio técnico da Fundação Oswaldo Cruz (ABC, 2007a, p. 12-13).

Mas na África, foi com os países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs) que o Brasil passa a realizar mais atividades de CTI prestada em saúde. A aproximação brasileira no contexto da saúde foi

iniciada a partir da Segunda Reunião de Ministros da Saúde dos PALOPs, em 1994, no qual foi definido as áreas prioritárias de cooperação em saúde: endemias; saneamento; vigilância epidemiológica de doenças imunopreveníveis, de zoonoses e sistema de informação em saúde; desenvolvimento de recursos humanos, Aids e saúde mental (PALOP, 1994).

Nessa reunião, o governo brasileiro apresentou proposta bastante ampla de cooperação, nas áreas de endemias, saúde mental e Aids, constituída, em vez de programas fechados, pela adaptação de ajustes segundo as necessidades particulares de cada país. No entanto, a oferta brasileira não contemplava a utilização de recursos nacionais para a realização desses projetos, o que dificultou a realização da cooperação com os PALOPs neste período. Exemplo disso, foi a proposta da Fiocruz de desenvolver um projeto de cooperação para aperfeiçoamento de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnológico na área da saúde com os PALOPs, que sem o financiamento do governo brasileiro, foi apresentado ao Fundo Fiduciário Perez Guerrero do PNUD em 1995, e aprovado o financiamento somente em setembro de 1997 (RUBARTH, 1999, p. 169-170).

Assim, os projetos de cooperação técnica passam a ser realizados somente a partir de 1997. Os primeiros países atendidos foram Angola, Moçambique, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe (ABC, 2007a). Nesse intervalo, ocorre a Terceira Reunião de Ministros da Saúde dos PALOP, em 1996, em Lisboa. Segundo Rubarth (1999, p. 170-171), os ministros dos países africanos destacaram a urgência de autonomia técnica de seus sistemas de saúde solicitando a formação de profissionais de nível médio e superior nos próprios países africanos a fim de prevenir o não retorno destes aos seus países de origem, evitando a fuga de cérebros. Desta forma, a ênfase da cooperação passa a ser o apoio na elaboração de políticas e planos nacionais para a capacitação de recursos humanos na área da saúde.

No entanto, devido aos conflitos e a instabilidade política nos países em questão, a agenda só fora retomada na Oficina de Trabalho sobre a Cooperação Técnica para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos, realizada em 2000 no Rio de Janeiro, na sede da Fiocruz, com o apoio da OPAS/OMS, da ABC, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (Ensp/Fiocruz) (ENSP, 2000). A partir da necessidade de cada país e da disponibilidade da Fiocruz, as linhas de ação foram: cursos de especialização; gestão e vigilância em saúde; capacidade docente; estruturação de redes de ensino.

Dando continuidade a essas ações, a ABC junto com a CPLP lança o projeto “Programa de Apoio à Capacitação de Recursos Humanos em Saúde aos PALOPs”, resultando em uma oficina de trabalho da Fiocruz em Maputo (Moçambique), em 2002 (FIGUEIREDO; FONSECA, 2009).

Cabe ressaltar que muitas dessas iniciativas foram desenvolvidas por meio da cooperação triangular, tendo o Brasil como doador de CTI em saúde, um país desenvolvido ou uma organização internacional dando o suporte financeiro para a realização destes projetos, e um país receptor. As principais instituições financiadoras nesse período foram a Agência Japonesa de Cooperação Internacional (Jica), que firmou acordo com a ABC por cinco anos (2001-2005), e o Fundo Fiduciário Perez Guerrero.

Assim, podemos observar que durante o governo FHC, os projetos de cooperação técnica se caracterizaram principalmente pelo protagonismo do país nos fóruns internacionais, principalmente na OMC, tendo como tema o controle e prevenção do HIV/Aids; e pela atuação da Fiocruz em colaborar com PEB na área da saúde, principalmente com os PALOPs, no contexto de projetos de cooperação técnica voltados não só para o tratamento da epidemia da HIV/Aids, como também voltados para a capacitação de recursos humanos na área da saúde. No entanto, segundo Roa e Silva (2015), as ações de cooperação em saúde do Brasil, nesse período, se caracterizaram ainda na primeira fase. A segunda fase, iniciada entre os anos de 2005-2006, é o período da consolidação dessa cooperação, caracterizada por um novo dinamismo da atuação da Fiocruz, bem como o estreitamento das relações entre o Ministério das Relações Exteriores (MRE) e o Ministério da Saúde (MS), assunto que será tratado a seguir no período do governo Lula.

4.2 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL BRASILEIRA EM SAÚDE NO GOVERNO LULA

É no governo de Luís Inácio Lula da Silva que as ações brasileiras de Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD) ganham maior proporção. O foco da sua PEB foi baseada no contexto da “autonomia pela diversificação” (CEPALUNI; VIGEVANI, 2011), que representou em diversificar tanto os parceiros como os temas da agenda internacional do Brasil, ampliando sua cooperação principalmente com os países do Sul. O Brasil passa a priorizar a Cooperação Sul-Sul no governo Lula por verificar que a mesma seria mais horizontal, ou seja, mais justa, cooperativa e solidária, já que os países do Sul possuem problemas e contextos históricos similares facilitando o diálogo e a

aproximação entre os mesmos.

Com relação aos países do Sul, ou em desenvolvimento, o Brasil, desde o governo Geisel passa a estreitar sua relação com os mesmos, principalmente com a América Latina. Mas é no final do segundo mandato no governo FHC, que o país passa a se aproximar dos chamados países emergentes – China, Índia, Rússia e África do Sul (BRICS). No entanto, conforme é colocado por Vigevani e Cepaluni (2011), essas parcerias se deram de forma não institucionalizada no governo FHC. Assim, é no governo Lula, que as relações do Brasil com os países emergentes bem como com os países em desenvolvimento da África e Ásia passam a ter uma relação mais duradoura e ampla, colocando a CSS como prioridade da PEB.

As ações de CTPD em saúde, que já haviam sido iniciadas no governo FHC, tiveram continuidade no governo Lula. No entanto, é na administração de Lula que a CTI prestada do Brasil em saúde foi inserida como um dos temas estratégicos da agenda internacional brasileira, conforme é destacado pela Agência Brasileira de Cooperação:

a saúde é tema predominante na agenda de cooperação técnica internacional nos âmbitos multilateral e bilateral. O Brasil, pela exitosa e dinâmica parceria desenvolvida entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, é um dos principais difusores da cooperação técnica em saúde no mundo em desenvolvimento (ABC, 2007b).

Com a inserção da saúde como uma das diretrizes das atividades da política externa brasileira, além da CTI em saúde, o Brasil passa a atuar no contexto da “Diplomacia da Saúde”. Esse conceito (KICKBUSCH et al., 2007; BUSS, 2008) emergiu para tratar dos fatores da saúde que transcendem as fronteiras nacionais e expõe os países às influências globais. Esta noção também possibilita uma coordenação melhor e mais coesa entre os setores de saúde e relações exteriores dos governos, não apenas nutrindo a aceitação dos objetivos vinculados à saúde contidos nas Metas de Desenvolvimento do Milênio, como também assegurando a incorporação das mesmas nas plataformas de saúde e desenvolvimento dos países. Assim, diplomacia da saúde é quando um país insere este tema como pauta relevante da sua política externa.

Apesar da relevância da inserção da saúde na agenda da PEB no

governo Lula, segundo Alcazar (2005), isso ocorreu de forma tardia. Segundo o autor, esse atraso no reconhecimento da saúde na PEB ocorreu por três razões: especialização dessa área de conhecimento tida como monopólio dos médicos e sanitaristas, praticamente inacessível ao círculo dos profissionais da diplomacia; subordinação da saúde aos temas econômicos ou do comércio, assuntos que predominavam o interesse da chancelaria brasileira; e baixa expressão institucional da saúde pública no aparato do Estado.

Embora a verificação da importância da saúde como tema relevante para PEB tenha ocorrido tardiamente, com a inserção do tema na agenda internacional do país, passa haver o incentivo de intensificar suas ações de CTI prestada na área da saúde aos países em desenvolvimento, ocorrendo, conseqüentemente, o grande aumento do número de projetos nesse contexto no governo Lula. Além do aumento dos investimentos financeiros do governo brasileiro para a realização de projetos de CTPD, houve também o apoio do Brasil na realização de projetos de forma triangular. Dado a relevância das parcerias entre o Brasil e as instituições financiadoras destes projetos de CTI, é criado, em 2009, o Grupo Temático de Cooperação Internacional em Saúde (GT-CIS) do Ministério da Saúde, tendo como prioridade o fortalecimento e a ampliação de parcerias com organismos e agências internacionais para colaborar nos projetos de cooperação técnica do Brasil em saúde (MS/AISA, 2010).

O GT-CIS também foi constituído com o objetivo de ser um “fórum de parcerias e articulação técnico-político, com vistas a discutir e traçar prioridades e estratégias para a cooperação técnica internacional no âmbito do Ministério da Saúde e definir programas e projetos prioritários” nesta área (MS/AISA, 2010, p. 15). Assim, verifica-se a falta de planejamento e de diretrizes do governo brasileiro nas suas ações de CTI em saúde. O próprio governo ressalta que a realização destes projetos tem sido feitos a partir da demanda dos países interessados nessa cooperação (BRASIL, 2015).

Com o objetivo de entender como tem se dado as ações de CTI prestada do Brasil na área da saúde, já que no governo Lula houve a intensificação do número de projetos realizados, mas que se caracterizaram sem um planejamento, verifica-se a necessidade de identificar quais foram os atores envolvidos nesse contexto e como ocorreu esse envolvimento nessas ações de CTI em saúde neste período.

4.2.1 Atores envolvidos na condução da cooperação internacional em saúde do Brasil

Como já foi comentado em capítulo anterior, durante muito tempo o Itamaraty foi o único órgão responsável pela política externa brasileira, havendo pouquíssima participação de outros Ministérios ou instituições federais. Esse contexto passa a ser chamado de insulamento burocrático do Itamaraty. Mas com a entrada do país no ambiente internacional, aumentando sua interdependência econômica, faz com que sua agenda se amplie, necessitando o envolvimento de outros órgãos. A intensificação do envolvimento desses atores ocorre principalmente no governo Lula.

Alguns ministérios vêm apresentando atuação especialmente destacada, como o Ministério da Agricultura, através da presença da Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (EMBRAPA) em países africanos e sul-americanos. Sua atuação busca auxiliar, promover e fomentar o desenvolvimento social e o crescimento econômico através da transferência de tecnologia e Da troca de conhecimentos e de experiências no campo da pesquisa agropecuária. Embora sem o requisito da condicionalidade, de todo antitético aos princípios da Cooperação Sul-Sul (CSS), a atuação desta empresa no campo da capacitação para o desenvolvimento vem potencializando as oportunidades de negócios para empresas brasileiras na região. Na mesma linha de atuação, o Ministério da Saúde através da sua Assessoria Internacional e de órgãos a ele vinculados como a Fiocruz desenvolve inúmeros projetos de cooperação técnica no exterior. De fato, a presença marcante da Saúde na agenda internacional do Brasil e a atuação de agências específicas neste campo com forte poder de iniciativa, já é responsável pela adoção de uma nova qualificação no âmbito da diplomacia, a chamada Diplomacia da Saúde (HIRST; LIMA; PINHEIRO, 2010, p. 4).

Alguns autores passam a chamar essa participação, de atores não tradicionais na construção da cooperação e da agenda internacional brasileira, de horizontalização ou descentralização da PEB (LIMA,

2012a; 2012b; SANCHEZ-BADIN; FRANÇA, 2010), considerando como relevante essa internacionalização dos atores do poder executivo federal. No entanto, recebe críticas, por continuar nas mãos do poder executivo a formulação da agenda internacional, enquanto o Legislativo permanece com uma baixa participação nas tomadas de decisões dos assuntos internacional do Brasil, sendo apenas veto *players*, caracterizando na baixa representatividade democrática desses assuntos do país (FIGUEIRA, 2011; PINHEIRO, 2003; LIMA; 2000).

No contexto da saúde, essa participação ocorre com a inédita cooperação entre o MS e o MRE no contencioso entre Brasil e Estados Unidos na OMC com relação aos medicamentos antirretrovirais, em 2001 (BRASIL, 2012b, p. 26 apud VENTURA, 2013). Essa atuação do Ministério da Saúde vai ser ampliada para os projetos de cooperação técnica internacional do Brasil na área da saúde, consolidada no governo Lula. A fim de cristalizar esse envolvimento do MS e de seus órgãos vinculados no desenvolvimento da CTPD na área da saúde foi assinado o Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e o Ministério da Saúde, em julho de 2005, que objetiva “aperfeiçoar a coordenação entre o MRE e o MS em matéria de cooperação técnica prestada a países em desenvolvimento, na área de saúde”.⁹⁶ Este protocolo representou na formalização da atuação explícita do MS no contexto da cooperação internacional brasileira.

Outro acordo que manifesta a relevância para o governo dessa participação foi o Termo de Cooperação N° 41 (TC 41)⁹⁷, assinado em 2006, entre a OPAS/OMS e o Governo brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O objetivo desse acordo, cuja vigência se estende até dezembro de 2015, é intensificar o intercâmbio de experiências, conhecimentos e tecnologias entre instituições de saúde brasileiras e dos países integrantes da OPAS/OMS, com prioridade para a África lusófona e América Latina.

Esses acordos formalizaram a possibilidade de outros atores do executivo atuarem na construção da cooperação e da diplomacia da saúde brasileira. Assim, além do próprio Ministério das Relações Exteriores

⁹⁶ Brasil. Ministério das Relações Exteriores; Ministério da Saúde. Protocolo de Intenções entre o Ministério das Relações Exteriores e Ministério da Saúde. Brasília: 25 jul. 2005.

⁹⁷ Brasil. Ministério da Saúde. Extrato do 41º Termo de Cooperação e Assistência Técnica ao ajuste complementar. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 10 jan. 2006; Seção 3.

com seu órgão vinculado, a ABC – responsável pela negociação, coordenação e execução dos projetos de cooperação técnica do Brasil; destaca-se a participação de vários órgãos vinculados ao Ministério da Saúde como a Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde (AISA), o Instituto Nacional do Câncer (Inca), a Fundação Nacional da Saúde (Funasa), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e as secretarias de Vigilância Sanitária estaduais do Brasil, e principalmente a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Cabe ressaltar que esta lista não é fechada, podendo participar mais atores no contexto da cooperação internacional brasileira em saúde (CEPIK; SOUSA, 2011).

Das instituições vinculadas ao MS, a Fiocruz é a que mais se destaca no contexto da CTPD em saúde, contribuindo com 20% do total dos investimentos em projetos de cooperação internacional (Brasil/Ipea, 2010, p. 38). Assim, será analisado a seguir essa atuação da Fiocruz no contexto da cooperação internacional brasileira na área da saúde.

4.2.1.1 Atuação da Fiocruz na CTI do Brasil

O Instituto Oswaldo Cruz, uma das instituições mais importantes da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) surgiu em 1900. Neste período era chamado de Instituto Soroterápico Federal, no qual tinha como objetivo produzir soros e vacinas contra a peste bubônica. Sua ação é ampliada, passando a atuar em campanhas sanitárias para o controle e a prevenção de doenças contagiosas bem como no desenvolvendo de vacinas.

Em 1907, o Instituto Soroterápico Federal passa a se chamar Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos. Devido ao sucesso das campanhas sanitárias realizadas por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro erradicando a Febre Amarela, o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos é rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz, em 1908.

A Instituição Oswaldo Cruz, conforme Santana (2012), desde seu surgimento compartilhou ações com a OPAS/OMS, destacando-se no desenvolvimento de pesquisa científica na área da saúde bem como em ações nacionais, considerada atualmente centro de excelência no desenvolvimento de vacinas, na fabricação de medicamentos, nos diagnósticos de doenças e tratamentos e na formação e na capacitação de profissionais na área da saúde.

[...] a instituição experimentou uma intensa trajetória, que se confunde com o próprio desenvolvimento da saúde pública no país. Durante

todo o século 20, vivenciou as muitas transformações políticas do Brasil. Perdeu autonomia com a Revolução de 1930 e foi foco de muitos debates nas décadas de 1950 e 1960. Com o golpe de 1964, foi atingida pelo chamado Massacre de Manguinhos: a cassação dos direitos políticos de alguns de seus cientistas. Mas, em 1980, conheceu de novo a democracia, e de forma ampliada. Na gestão do sanitarista Sergio Arouca, teve programas e estruturas recriados, e realizou seu 1o Congresso Interno, marco da moderna Fiocruz. Nos anos seguintes, foi palco de grandes avanços, como o isolamento do vírus HIV pela primeira vez na América Latina (FIOCRUZ, 2015).

Em 1970, muitos institutos nacionais na área da saúde como o Instituto Oswaldo Cruz, a Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), o Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR), entre outros, são incorporados na recém criada Fundação Instituto Oswaldo Cruz, que dois anos mais tarde passa a ser chamar Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente, a Fiocruz possui hoje 16 unidades técnico-científicas, voltadas para ensino, pesquisa, inovação, assistência, desenvolvimento tecnológico e extensão no âmbito da saúde, conforme Tabela 5. Conta também com uma unidade técnica de apoio, o Centro de Criação de Animais em Laboratório (Cecal); escritórios no Ceará, no Mato Grosso do Sul, no Piauí e em Rondônia; e a Fiocruz Brasília, que representa a Fundação junto a órgãos dos poderes Executivo e Legislativo (FIOCRUZ, 2015).

Tabela 5 - Unidades técnico científicas pertencentes a Fundação Oswaldo Cruz

Casa Oswaldo Cruz (COC)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)
Fiocruz África
Fiocruz Amazônia
Fiocruz Bahia
Fiocruz Paraná (Instituto Carlos Chagas)
Fiocruz Minas
Fiocruz Pernambuco
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica (Icict)
Instituto de Tecnologia em Fármacos (Farmanguinhos)
Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Biomanguinhos)
Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS)
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas (INI)
Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF)
Instituto Oswaldo Cruz (IOC)

Fonte: Fiocruz. Elaboração própria.

A unidade responsável pela fabricação de medicamentos é a Farmanguinhos, produzindo atualmente diversos medicamentos como antibióticos, anti-inflamatórios, antirretrovirais para o tratamento da Aids, entre outros. Essa produção tem representado na economia dos gastos governamentais na área da saúde, por adquirir medicamentos que estão previstos pelos programas nacionais do Ministério da saúde o direito do seu acesso universal, com menores custos do que em laboratórios privados. Outra unidade que se destaca é a Biomanguinhos, responsável na produção de reagentes para o diagnóstico de doenças, bem como na fabricação de vacinas, sendo a grande maioria produzida para atender o governo, representando também na redução dos gastos do governo. Outro destaque da instituição é sua atuação no ensino de profissionais da saúde. A Fiocruz possui atualmente vários cursos de nível técnico e de pós-graduação, capacitando profissionais da saúde tanto do Brasil como de outros países como também fomentando o intercâmbio de conhecimentos e experiências entre os mesmos.

No contexto da cooperação internacional, a Fiocruz inicia suas atividades internacionais com a criação da Assessoria de Cooperação

Internacional da Fiocruz (ACI), em 1984. No entanto, ACI era responsável por apenas fazer os “registros dos convênios internacionais da instituição, dar autorizações de afastamento do país por parte dos servidores e do recebimento de visitantes” (FEDATTO, 2013, p. 88).

Em 1988,

no Relatório Final do I Congresso Interno, instância máxima institucional de caráter deliberativo [...], previa-se uma mudança na área de cooperação internacional da Fiocruz, atribuindo-lhe uma atuação mais proativa na captação de recursos financeiros para além da sua atuação cartorial (BRANDÃO, 2010, p. 20).

Assim, as primeiras parcerias que a Fiocruz faz foi na década de 1980 com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs), recebendo alunos destes países e mandando técnicos da instituição para a África (LIMA, 2012a). Foi somente em 1994, no Segundo Encontro de Ministros da Saúde dos PALOP, que houve uma definição da agenda dessas parcerias (FEDATTO, 2013). Neste encontro, fora proposto que a Fiocruz, juntamente com a Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA) e a ABC, elaborasse uma pesquisa sobre a situação da saúde dos PALOPs, para que depois pudesse estabelecer projetos de cooperação técnica em saúde com estes. Esta pesquisa fora financiada pela Fundação Perez Guerreiro, do PNUD, em 1997, representando no primeiro ato concreto e intencional da Fiocruz em projetos internacionais (LIMA, 2012b).

Assim, apesar do envolvimento da Fiocruz em questões internacionais, desde o início do século XX, como o recebimento e o envio de profissionais na área da saúde em parcerias com o objetivo de transferência de conhecimentos e tecnologias com os países desenvolvidos, ou a promoção de encontros internacionais com os principais parceiros do Brasil a fim de promover e melhorar técnicas nacionais por meio da cooperação internacional, é a partir do final da década de 1990 que a Fiocruz passa a ser responsável pela elaboração e a coordenação de projetos de CTI prestada em saúde aos países em desenvolvimento.

Desta forma, outros projetos foram sendo realizados com a parceria da Fiocruz, mas o aprofundamento das suas ações na coordenação e execução de projetos de CTI ocorre somente quando a

saúde passa a ser inserida como tema estratégico da PEB, fato que ocorre no governo Lula, a partir de 2003 (FEDATTO, 2013; SILVA, 2009; SANTANA, 2012). A fim de reiterar e facilitar suas ações internacionais na África, é criado o Escritório Regional de Representação da Fiocruz, em outubro de 2008, em Maputo (Moçambique), com a presença do Presidente Lula e dos ministros da saúde de ambos os países (ALMEIDA et al., 2010). A criação deste escritório na África representou na presença significativa da instituição nas ações de CTI em saúde do Brasil.

Com o aumento das atividades internacionais da Fiocruz, houve a necessidade de criar, em 2009, o Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS), órgão de assessoria da Presidência da Fiocruz, incorporando a ACI/Fiocruz. Além das atividades exercidas pela antiga ACI, o CRIS/Fiocruz passa a “executar as estratégias institucionais de âmbito internacional e coordenar as atividades de cooperação, objetivando uma constante ampliação e consolidação do intercâmbio e da atuação internacional da Fiocruz” (FEDATTO, 2013, p. 88), sendo hoje o principal executor da política de cooperação internacional em saúde com a África (BRANDÃO, 2010).

Segundo a Fiocruz, estas alterações internas representam a busca da instituição pela eficiência nas suas atividades internacionais, ou seja, “ser instituição de excelência em diplomacia da saúde, articulando os demais eixos temáticos na captação e oferta de cooperação estratégica e estruturante para o fortalecimento dos sistemas de saúde e de CT&I em saúde” (FIOCRUZ, 2015).

Para muitos autores, esse protagonismo do Brasil relacionado a cooperação técnica internacional prestada aos países em desenvolvimento na área da saúde se deu pela forte atuação da Fiocruz nesse contexto, auxiliando no próprio desenvolvimento do conceito de “cooperação estruturante em saúde”. A instituição passa a ter papel relevante no cenário internacional, auxiliando de forma ativa as ações internacionais do Brasil na área da saúde e participando de diversos encontros e organizações multilaterais como, em 2008, convidada a participar do grupo técnico para a elaboração do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, junto com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Portugal (IHMT); como também a participar como o Centro Colaborador da Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS) (FEDATTO, 2015).

Para a Fiocruz, sua atuação internacional está:

Alinhado com o moderno conceito de “Saúde e Diplomacia”, o Ministério da Saúde fortaleceu suas atividades de cooperação internacional, em estreita articulação com as diretrizes políticas do Ministério das Relações Exteriores. Neste contexto, a Fiocruz constitui-se como o principal executor da política setorial de cooperação internacional, com prioridade para os países da América Latina, da África e da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP) (BRASIL, 2009).

Almeida et al. (2010), coloca que a Fiocruz está em estreita sintonia com a política externa brasileira, reafirmando sua vocação internacional ao liderar iniciativas em cooperação Sul-Sul em saúde na América do Sul e na África. Desta forma, no governo Lula, a Fiocruz se torna “o principal executor da política de cooperação internacional em saúde com a África” (BRANDÃO, 2010, p. 64).

Assim, com a diversificação da agenda internacional do Brasil, sendo um desses temas a saúde, houve a necessidade de descentralizar a política externa brasileira, ocorrendo o aumento da participação de instituições tanto do executivo, como a Fiocruz considerada por muitos autores como a mais atuante nas execuções de projetos de CTI prestada do Brasil em saúde, mas também de instituições privadas como a Pastoral da Criança com os projetos da Zilda Arns, o Sesi e o Hospital Albert Einstein. Segundo estudo realizado por Viana (2015, p. 72), o aumento do envolvimento das instituições privadas têm ocorrido por estas possuírem “conhecimento técnico-especializado que o Itamaraty não possui e que se faz relevante para a implementação da cooperação”.

Podemos então concluir que a descentralização da política externa brasileira contribuiu para o aumento das ações brasileiras de CTI, já que muitos assuntos por sua tecnicidade fez com que o governo brasileiro realizasse parcerias estratégicas com instituições especializadas no assunto. No entanto, se estas instituições técnicas passam a ser a executores dos projetos de CTI em saúde, indagamos como tem sido feito a coordenação por parte do governo brasileiro destas ações, como tem ocorrido esse controle, quais responsabilidades e atribuições destas instituições na CTI em saúde do Brasil.

Na verdade constata-se que não tem ocorrido uma boa coordenação do governo brasileiro destas ações e nem a definição das atribuições e das responsabilidades dessas instituições envolvidas na execução da CTI

prestada do Brasil seja da saúde como em outras áreas que o país tem atuado. A partir dos dados levantados pela presente pesquisa nos principais órgãos relacionados ao tema: na Agência Brasileira de Cooperação (ACB) subordinada ao MRE, responsável pela coordenação da cooperação internacional brasileira; no Ministério da Saúde e sua Assessoria Internacional de Assuntos em Saúde (AISA) e na Fiocruz; observou-se certa ambiguidade com relação aos projetos em execução, as instituições responsáveis pelos projetos e os investimentos governamentais com relação da CTI em saúde.

Buss e Ferreira (2012) colocam que existe já uma discussão sobre a necessidade da adoção de uma lei brasileira sobre a cooperação internacional para que haja um maior entendimento sobre o papel de cada órgão do Estado brasileiro e a garantia do cumprimento dos princípios previstos pela Constituição Federal (e, no caso da saúde, do SUS). Desta forma, podemos pensar que com uma lei específica poderia auxiliar no maior controle por parte do governo brasileiro das ações de CTI em saúde realizadas pelas instituições técnicas.

Buss e Ferreira (2012) também ressaltam que a cooperação internacional brasileira no governo Lula estava em sintonia com as estratégias da política externa do país. No entanto, não existem estudos se de fato houve a sintonia nessas ações ou conflitos de interesses. Com a descentralização da política externa brasileira, no qual há um maior envolvimento de outros atores na condução da agenda internacional, levou o Itamaraty a perder sua autonomia na elaboração destas atividades, o que nos leva a crer que possa ter ocorrido certos conflitos nessa agenda.

4.2.2 Cooperação “estruturante” em saúde

No governo Lula, o Brasil passa a denominar sua cooperação técnica internacional na área da saúde com os países em desenvolvimento de “cooperação estruturante em saúde. Essa concepção baseia-se fundamentalmente na abordagem da construção de capacidades para o desenvolvimento que é definida como “o processo pelo qual indivíduos, organizações, instituições e sociedades desenvolvem habilidades (individualmente ou coletivamente) para desempenhar funções, solucionar problemas, estabelecer e alcançar objetivos” (UNDP, 1997, p. 2).

Inserida no contexto da CSS, a cooperação estruturante em saúde brasileira tem como princípio fundamental a solidariedade. A diplomacia solidária brasileira tem como base colocar “à disposição de outros países

em desenvolvimento as experiências e conhecimentos de instituições especializadas nacionais, com o objetivo de colaborar na promoção do progresso econômico e social de outros povos.” (IPEA/ABC, 2010, p. 32). Assim, o Brasil ao fornecer a cooperação técnica, teria como foco realizar a mesma de forma solidária, livre de interesses e condicionalidades econômicas, respeitando a soberania e não intervindo em assuntos internos dos países parceiros, respeitando os saberes locais e compartilhando suas práticas nos assuntos solicitados pelos países.

Segundo o discurso brasileiro, a cooperação técnica sul-sul, no qual se inclui a área da saúde, se baseia:

pela transferência de conhecimentos, pela ênfase na capacitação de recursos humanos, pelo emprego de mão-de-obra local e pela concepção de projetos que reconheçam as peculiaridades de cada país. Realiza-se com base na solidariedade que marca o relacionamento do Brasil com outros países em desenvolvimento. Fundamenta-se no princípio constitucional da cooperação entre os povos para o progresso da humanidade. A cooperação técnica brasileira é livre de condicionalidades e construída a partir da manifestação de interesse de parte dos parceiros (“demand driven”) (BRASIL, 2014c).

Desta forma, o propósito da cooperação técnica brasileira na área da saúde seria romper com as tradicionais formas de ajuda externa, baseadas em projetos de investimento de capital, principalmente na melhora da infraestrutura, a fim de estimular o crescimento econômico dos países com problemas no seu desenvolvimento. A tradicional cooperação técnica (ou chamada de assistência ou ajuda técnica) busca apenas realizar a doação do conhecimento ou da ajuda prestada, sem haver uma troca de saberes e/ou de tecnologias. Assim, segundo Antônio de Aguiar Patriota, ex-Ministro das Relações Exteriores, “o Brasil não se considera, no entanto, um *‘emerging donor’*. O Brasil considera que a cooperação sul-sul não deve ser concebida como uma ajuda (“aid”), mas sim como uma parceria. Os projetos de cooperação, dessa forma, são elaborados pelas autoridades brasileiras em conjunto com as dos nossos parceiros” (MRE, 2011).

Nesse contexto, a cooperação estruturante em saúde brasileira é baseada na construção ou no fortalecimento institucional dos sistemas de saúde dos países parceiros, que conforme Almeida et al. (2010, p. 28),

combina “intervenções concretas com a construção de capacidades locais e a geração de conhecimento, e ainda promovendo o diálogo entre atores, de forma a possibilitar que eles assumam o protagonismo na liderança dos processos no setor saúde e promovam a formulação autônoma de uma agenda para o desenvolvimento futuro na saúde”. Assim, enquanto a tradicional cooperação internacional Norte-Sul foca no combate de doenças ou de problemas específicos, realizando uma ajuda pontual e temporária, a cooperação estruturante auxilia às autoridades locais, possibilita a formação e a capacitação de profissionais da saúde e fomenta a criação e a consolidação das estruturas dos sistemas nacionais de saúde dos países parceiros (VENTURA, 2013).

A área da saúde, somado à formação profissional e à agricultura, representa dois terços da cooperação brasileira com os países em desenvolvimento (VAZ; INOUE, 2007 apud VENTURA, 2013). Apesar de recente, houve uma demanda crescente de projetos de cooperação técnica na área da saúde por países em desenvolvimento, elevando os investimentos federais nessa área de R\$ 2,78 milhões de reais em 2005 para R\$ 13,8 milhões em 2009, representando a cooperação em saúde 9% do total dos investimentos dos investimentos do Brasil em cooperação no período de 2005-2009, ou seja, quase R\$ 24 milhões (IPEA/ABC, 2010, p. 38).

Cabe ressaltar que os dados acima representam apenas os investimentos federais. Muitos dos projetos de cooperação técnica do Brasil também são financiados por países desenvolvidos ou organizações internacionais: a cooperação triangular. Assim, segundo José Gomes Temporão, Ministro da Saúde no final do governo Lula, em visita a Maputo em janeiro de 2010, colocou que a cooperação internacional do Brasil na área da saúde representa 30% da cooperação internacional brasileira, sendo realizada por meio de demandas dos países que necessitam de ajuda: “o fato de termos o Sistema Único de Saúde, com uma série de experiências de êxito, faz com que os países busquem no Brasil o equacionamento de problemas de saúde”.⁹⁸

Os temas da CTPD na área da saúde não envolvem apenas ações para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, mas também outros temas, como a prevenção e controle da malária; a atenção à saúde materno-infantil; a capacitação para a produção de vacinas contra febre

⁹⁸ Jornal Mundo Lusíada. Temporão prestigia posse do presidente de Moçambique e reafirma cooperação em saúde. Janeiro de 2010 (JORNAL MUNDO LUSÍADA, 2010).

amarela; o diagnóstico e o manejo da doença de Chagas e mesmo na área de gestão de recursos humanos para hospitais e ambulatórios, entre outros projetos (IPEA/ABC, 2010, p. 38).

Os projetos de cooperação técnica prestada do Brasil em saúde prioriza os países da América do Sul e os PALOPs. No entanto, o Brasil não deixa de realizar projetos com outros países da América Latina e Caribe bem como da África. Segundo “Relatório de gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde”, publicado em 2010, o Brasil tinha em 2009, cerca de 140 projetos, sendo em torno de 70% na América Latina e Caribe e 30% na África. No continente americano, foram 46 projetos na América do Sul, 33 na América Central e 17 no Caribe. Na África foram 41 projetos, sendo 26 com os membros da CPLP (os PALOPs) - 65% dos projetos-, 8 projetos com países africanos de língua francesa e 7 de língua inglesa (MS/AISA, 2010, p. 10-11).

Os projetos são direcionados para o treinamento de recursos humanos e a construção de capacidades em pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação das “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.), escolas politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos (ALMEIDA et al., 2010 apud ZARPELON, 2013).

Tendo como objetivo verificar as regiões onde o Brasil no governo Lula se destacou no contexto da CTPD em saúde, serão apresentados a seguir as características dessa cooperação nas duas regiões geográficas consideradas prioritárias para o Brasil: a América do Sul e na África com os PALOPs.

4.2.2.1 Cooperação estruturante em saúde com a América do Sul

A cooperação em saúde na América do Sul é oriunda de casos específicos de cooperação subregional. Entre eles podemos citar a criação, em 1971, do Organismo Andino de Salud - Convenio Hipolito Unanue (ORAS-CONHU), advindo da aproximação entre os países do Pacto Andino⁹⁹; a Cooperação entre os países da região amazônica, que

⁹⁹ Bloco econômico, criado em 1969, hoje chamado de Comunidade Andina. Faziam parte do bloco Bolívia, Colômbia, Equador, Peru, Chile e Venezuela; no entanto Chile e Venezuela se retiraram do bloco, não fazendo mais parte.

desde 1978, por meio do Tratado de Cooperação Amazônica, promove a cooperação sanitária na região, formando posteriormente a Coordenação de Saúde da Organização do Tratado de Cooperação Amazônica (OTCA)¹⁰⁰; e a cooperação voltada as questões sanitárias relacionadas a circulação de bens e mercadorias entre os países do Mercado Comum do Sul (Mercosul)¹⁰¹ (VENTURA, 2013).

Com a ampliação da integração na região, dando origem a União das Nações Sul-Americanas (Unasul), em 2008, a cooperação em saúde passa a ser inserida nesse bloco, sendo criado o Conselho Sul-Americano de Saúde (Unasul-Saúde), composto pelos ministros de saúde dos 12 países-membros e uma estrutura executiva, com propósito de consolidar a integração da América do Sul na saúde através de políticas baseadas em acordos mútuos, atividades coordenadas e esforços de cooperação entre os países. O Brasil, assim, direciona suas ações de CTI em saúde com os países da América do Sul no contexto da Unasul-Saúde.

A Unasul-Saúde tem como base a Agenda Sul-Americana de Saúde, que foi desenvolvida operativamente no Plano Quinquenal de Saúde 2010-2015 da UNASUL, em 2010. A Agenda foi desenvolvida levando em consideração a noção de que a saúde é um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento e incorporada aos sistemas nacionais de proteção social, destacando que as experiências com saúde devem ser usadas a favor da integração. A agenda conta com os seguintes eixos:

- 1) elaborar a Política Sul-americana de Vigilância e Controle de Eventos em Saúde, antes ‘escudo epidemiológico sul-americano’; 2) desenvolver sistemas universais de saúde; 3) promover o acesso universal a medicamentos e outros insumos para a saúde e desenvolver o complexo produtivo da saúde na América do Sul; 4) promover a saúde e enfrentar de forma conjunta seus determinantes sociais; 5) desenvolver recursos humanos em saúde (BUSS; FERREIRA, 2011, p. 2704).

A fim de dar andamento aos eixos estratégicos da Unasul-Saúde é criado o Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde (ISAGS), pela

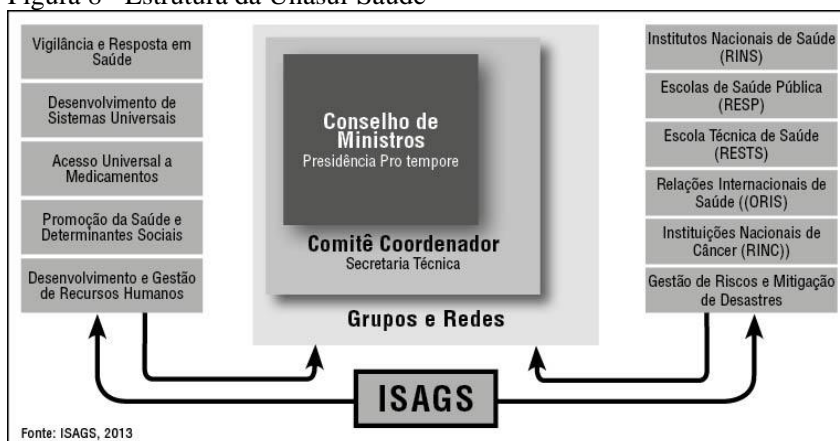
¹⁰⁰ Organismo criado em 1995, tendo como membro os da região amazônica: Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Guiana, Peru, Suriname e Venezuela.

¹⁰¹ Bloco econômico, criado em 1991, tendo como países membros atualmente: Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai e Venezuela como países membros.

Resolução CSS 05/2009, em novembro de 2009, entrando em operação em julho de 2011, com sede no Rio de Janeiro. Segundo seu estatuto, o ISAGS visa ser um local de estudos e debates de políticas voltadas para a cooperação em saúde entre os líderes políticos e técnicos da saúde (Conselho Sul-Americano de Saúde, 2011). O ISAGS teria como finalidade contribuir para a governança da saúde entre os países da América do Sul e sua articulação regional no contexto da saúde global (PADILHA, 2011 apud VENTURA, 2013).

A estrutura da Unasul-Saúde é representada pela Figura 8 abaixo:

Figura 8 - Estrutura da Unasul-Saúde



Fonte: Ventura (2013).

Os cinco eixos estratégicos da Unasul-Saúde estão representados pelos grupos temáticos à esquerda da Figura 8. A fim de articular as informações entre os diversos atores envolvidos na área da saúde e dar maior agilidade as suas ações, este órgão também está estruturado por redes estruturantes, representado pelo lado direito da Figura 8: Rede dos Institutos Nacionais de Saúde (RINS); Rede de Escolas de Saúde Pública da Unasul (RESP); Rede de Escolas Técnicas de Saúde da Unasul (RETS); Rede de Assessorias de Relações Internacionais e de Cooperação Internacional em Saúde (REDSSUR-ORIS); Rede de Institutos e Instituições Nacionais de Câncer (RINC); e Rede de Gestão do Risco de Desastres (UNSASUL, 2015).

Para Soares et al. (2013, p. 8), criação de redes entre as instituições sul-americanas trazem benefícios para a cooperação, como o fortalecimento da

produção de conhecimento, visando à potencialização dos seus respectivos sistemas nacionais de saúde. Ademais, nota-se o compartilhamento de custos, acesso a novas experiências, produtos, mercados e tecnologias, dentre outras vantagens oportunizadas pelo processo de cooperação internacional para a saúde. Além disso, os ganhos no campo da saúde também podem ser observados a partir da ampliação do acesso a novas tecnologias: principalmente no que se refere a medicamentos, equipamentos e técnicas médicas, para citar alguns exemplos.

Algumas das redes estruturantes da Unasul-Saúde articulam informações e saberes não só com organizações e instituições da América do Sul, mas tem buscando ampliar suas articulações em outras regiões geográficas, como é o caso da Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS). Constituída antes da criação do bloco, em 1996, faziam parte dessa rede apenas os países da América Latina. Com a sua reestruturação, em 2005, ficando a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) - unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)- responsável por suas ações executivas, a rede amplia sua articulação para a formação e qualificação de técnicos da saúde da saúde, envolvendo instituições e organizações do Caribe, dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) e de Portugal (UNSASUL, 2015).

Além da cooperação multilateral brasileira no contexto da Unasul-Saúde, o Brasil realiza projetos de CTI prestada na área da saúde bilaterais com os países da América do Sul. Segundo *Relatório Gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) do Ministério da Saúde* foram realizados 46 projetos de CTI prestada do Brasil em saúde no governo Lula com a América do Sul. Além destes projetos, foi verificado também projetos de CTI prestada pelo Brasil em saúde que não foram computados pelo estudo acima, inserido na Tabela 6.

Tabela 6 - Projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde com os países da América do Sul

País	Projetos
Argentina	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Técnico à Implantação de Bancos de Leite Humano; • Fortalecimento do Programa de Controle de Dengue; • Desenvolvimento da Capacidade para a Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde (ANLIS) nas áreas de Ciências Biológicas e de Saúde; • Iniciativa de Construção de uma fábrica binacional Brasil – Argentina de Biofarmacologia; • Transferência de Tecnologia da Vacina contra Febre Amarela; • Projeto de Cooperação-Técnica Horizontal (TCC) Brasil – Argentina junto a Opas para o desenvolvimento e implantação de Programas de Avaliação Externa de Qualidade em Bacteriologia na rede dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública do Brasil; • Estudo da Diversidade Genética dos Protozoários Entéricos Emergentes e Reemergentes com Aplicação à Vigilância Epidemiológica.
Bolívia	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da Capacidade Institucional do Ministério da Saúde e Esportes da Bolívia em Sistemas de Vigilância em Saúde Ambiental; • Fortalecimento da Atenção Integral e Vigilância Epidemiológica em DST/HIV/Aids; • Apoio à implantação do Banco de Leite Materno; • Capacitação de Funcionários do Instituto Nacional de Laboratórios de Salud (INLASA) da Bolívia; • *Capacitação em Gerenciamento de riscos Químicos: Prevenção da Exposição a Metais Pesados e Solventes, tendo como órgão responsável a Universidade Gama Filho (UGF); • *Estruturação do Centro de Referência para Queimados em La Paz, tendo como órgão responsável a Universidade Gama Filho (UGF).
Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação para o setor de saúde do sistema globalmente harmonizado de classificação e etiquetagem de produtos químicos (GHS); • Projeto de Cooperação – Técnica Horizontal (TCC) Brasil – Chile para Cooperação Técnica na área de Saúde Ambiental relacionada à qualidade do ar.
Colômbia	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Técnico para a Implementação de Banco de Leite Humano; • Fortalecimento no Diagnóstico Molecular e Tipificação de Espécies de Leishmaniose, seu geo-referenciamento e análise; • *Missão de Técnicos Brasileiros a Colômbia para Realização de Cursos nas Áreas de Saúde e Desenvolvimento Social, órgãos responsáveis a Fiocruz e a Universidade Federal do Pará (UFPA).
Equador	<ul style="list-style-type: none"> • Implementação do Banco de Leite Humano Isidro Ayora; • Fortalecimento dos Modelos Nacionais de Promoção e Proteção à Saúde dos Povos Indígenas do Brasil e do Equador; • Fortalecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica; • Vigilância Ambiental; • Apoio ao Fortalecimento da Administração e Gestão do Sistema de Saúde; • Apoio ao Fortalecimento da Autoridade Sanitária; • Apoio à Integração e à Articulação da Rede Única de Serviços no Equador.
Paraguai	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da Vigilância Epidemiológica, com ênfase no Combate à Dengue e na Implementação do Regulamento Sanitário Internacional; • Apoio à Implantação e Implementação de Bancos de Leite Humano;

	<ul style="list-style-type: none"> • Projeto de Cooperação Técnica sobre Política Pública e Reforma da Atenção à Saúde Mental; • Identificação e Promoção de Iniciativas Bilaterais de Fortalecimento de Sistemas e Serviços de Saúde na Sub-região do Cone Sul entre o Ministério da Saúde do Brasil, do Paraguai e a ENSP/Fiocruz.
Peru	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento das Capacidades dos Sistemas de Saúde; • Implementação e Adequação das Normas Técnicas da Estratégia Sanitária Nacional de Combate à DST/Aids; • Fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços de saúde perante uma pandemia de <i>influenza</i>; • Apoio à Implementação de Banco de Leite Humano; • Grupo de Trabalho Brasil – Peru sobre Cooperação Amazônica e Desenvolvimento Fronteiriço; • Fortalecimento do Processo de Implementação da Vigilância Sanitária Internacional em Portos, Aeroportos e Fronteiras; • *Fortalecimento Institucional das Assessorias Internacionais dos Ministérios da Saúde do Brasil e Peru; • *Capacitação em Gerenciamento de riscos Químicos: Prevenção da Exposição a Metais Pesados e Solventes, tendo como órgãos responsáveis FUNDACENTRO) / Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) do Brasil;
Suriname	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento de ações de vigilância e prevenção da doença de Chagas no Suriname; • Uso, Armazenamento e Distribuição de Materiais de DST/HIV/Aids; • Treinamento Técnico em Pesquisa, Coleta, Preparação e Análise de Mercúrio em Amostras Biológica e Ambientais; • Prevenção da Transmissão de Sífilis e HIV/Aids de Mãe para Filho; • Fortalecimento da Resposta à Epidemia de HIV/Aids.
Venezuela	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento Institucional do Instituto de Altos Estudos de Saúde Pública Dr. Arnoldo Gabaldon; • Apoio Técnico para Implantação/Implementação de Bancos de Leite Humano; • Fortalecimento do Controle de Qualidade dos Produtos Farmacêuticos, Biológicos e Desinfetantes de uso sanitário; • Capacitação do Recurso Humano do Serviço Autônomo da Controladoria Sanitária da República Bolivariana da Venezuela em vigilância e controle dos produtos de uso e consumo humano.
Uruguai	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio Técnico para Implantação de Bancos de Leite Humano no Uruguai; • Apoio ao Fortalecimento do Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados do Uruguai; • Fortalecimento das Políticas de Enfrentamento da Epidemia de DST/Aids no Uruguai; • Fortalecimento da Capacidade Institucional do Ministério da Saúde Pública do Uruguai em Sistemas de Vigilância em Saúde Ambiental; • Atividade Isolada “Capacitação em Gestão de Desastres Naturais e Antropogênicos”.

Fonte: MS/AISA (2010, p. 32-35); * ABC (2016). Elaboração própria.

Conforme Relatório Gestão 2009 da AISA, os países da América do Sul que o Brasil mais realizou projetos de CTI prestada em saúde durante o governo Lula foram com a Argentina, o Equador e o Peru. Com

a Guiana o Brasil desenvolveu uma Missão para Prospeção na Área da Saúde”, no ano de 2005 (ABC, 2016), no entanto, não foram realizados projetos de CTI com este país. Com base dos dados verificados, os temas dos projetos de cooperação técnica em saúde do Brasil mais desenvolvidos com os países da América do Sul foram sobre a criação de Bancos de Leite Humano; sobre o Controle e a Prevenção de doenças como Dengue, Doença de Chagas, entre outras; e projetos especificamente sobre a Prevenção e o Controle da HIV/Aids (ABC, 2016). Segundo sítio eletrônico da ABC, dos projetos realizados no governo Lula com os países da América do Sul, seis projetos ainda estão em execução, conforme Tabela 7.

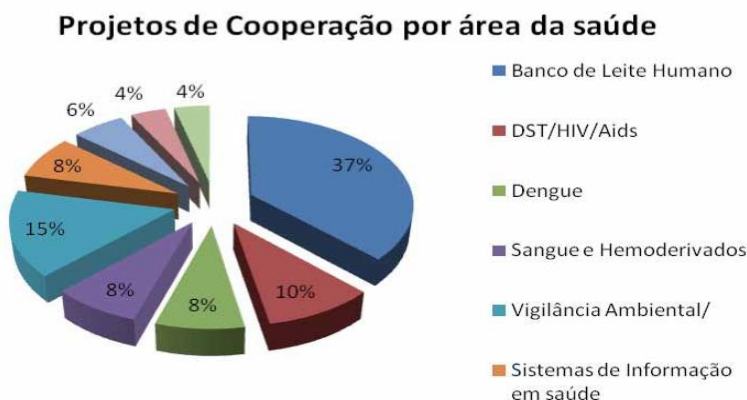
Tabela 7 - Projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde com os países da América do Sul iniciados no governo Lula em execução atualmente

PAÍS	INÍCIO	PREVISÃO DE TÉRMINO	ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS	PROJETO
Colômbia	Dez/2008	Jul/2015	MS	Apoio Técnico para Implementação de Bancos de Leite Humano
Geral	Out/2009	Dez/2015	Centro Internac. de Cooperação Técnica (CICT)/ Brasil	Prevenção da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV
Suriname	Out/2009	Set/2014	MS/ Secretaria Vigilância m Saúde	Fortalecimento da Resposta à Epidemia do HIV/AIDS
Bolívia	Out/2009	Dez/2015	Fiocruz/MS	Apoio à Implementação do Banco de Leite Humano
Bolívia	Abr/2010	Abr/2014	Fiocruz/MS	Capacitação de Funcionários do Instituto Nacional de Laboratórios de Salud (INLASA)
Peru	Out/2010	Dez/2015	ANVISA	Fortalecimento do Processo de Implementação da Vigilância Sanitária Internacional em Portos, Aeroportos, Fronteiras

Fonte: ABC (2016). Elaboração própria.

Segundo o Relatório Gestão 2009 da AISA, somando os projetos realizados pelo Brasil com os demais países da América Latina e Caribe totalizaram 96 projetos de CTI na área da saúde no governo Lula. Os principais temas dos projetos com toda a região foram: Banco de Leite Humano, com 37% dos projetos; Vigilância Ambiental, com 15% dos projetos; e HIV/Aids, com 10% dos projetos, conforme Figura 8. Os projetos realizados nas áreas como Febre Amarela, Malária, Hantavírus, Saúde Mental, entre outras, não foram computadas no gráfico da Figura 9, por terem sido demandas pontuais, conforme o relatório citado acima.

Figura 9 - Projetos de Cooperação por área da saúde do Brasil com a América Latina e Caribe



Fonte: MS/AISA (2010, p. 26).

A título de comparação, o atual governo da presidente Dilma, iniciado no ano de 2011 e reeleita em 2015, realizou até o presente momento apenas 9 projetos de CTI prestada do Brasil na área da saúde com os países da América do Sul, com apenas 4 projetos ainda em execução, sendo o último projeto iniciado em setembro de 2014 (ABC, 2016). Assim, verifica-se significativa diminuição dos projetos de CTI prestada do Brasil na área da saúde realizados no atual governo, representando na redução do protagonismo do país no contexto da CTPD.

4.2.2.2 Cooperação estruturante em saúde do Brasil com a África

O grande destaque da CTPD em saúde no governo Lula se deu com a África, especificamente com os PALOPs. Não quer dizer que não

existam projetos de cooperação em execução ou em análise com outros países africanos. É nesse contexto que a estratégia da política externa brasileira é verificada por Vigevani e Cepaluni (2011) de autonomia pela diversificação, pois o governo Lula opta pela diversificação tanto dos temas da agenda internacional como pela diversificação dos parceiros. A busca pela aproximação com a África não é recente, iniciada na década de 1960, mas essa aproximação foi realizada de forma incipiente. A cooperação com os países africanos passa a ser aprofundada com a ênfase do país para a Cooperação Sul-Sul, verificando que a mesma seria mais benéfica e equitativa, ou seja, horizontal.

A CTPD do Brasil com os PALOPs na área da saúde ocorre no contexto da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP)¹⁰². Criada em 1996, o grande objetivo da comunidade é fortalecer a cooperação entre os Estados membros a partir do laço cultural comum: a língua portuguesa. No entanto, os mesmos são caracterizados por grandes assimetrias econômicas sociais. Enquanto Brasil e Portugal são países com melhor desenvolvimento econômico e com renda per capita mais elevada do que os demais membros da CPLP.

Assim, pode-se dizer que a priorização do Brasil primeiramente com os PALOPs no continente Africano irá ocorrer inicialmente por uma identidade cultural, não só linguística (que de fato acaba sendo uma facilidade na cooperação), como também de dívida moral, conforme Guimarães (2013), pelo período da escravidão no Brasil. Mas, além da identidade cultural, podemos dizer também que essa aproximação também irá ser motivada por contextos políticos (democracia) e ideológicos (crítica à cooperação tradicional ou também vista como Cooperação Norte-Sul).

A CPLP coloca que a saúde está relacionada ao desenvolvimento dos países, assim, melhorando a saúde, irá contribuir para o desenvolvimento dos mesmos. Além disso, a organização verifica que a saúde é um direito fundamental e obrigação do Estado. Para que os Estados possam garantir esse direito é necessário criar ou aperfeiçoar os sistemas nacionais de saúde bem como capacitar os profissionais da área

¹⁰² A comunidade de países que têm o português como língua oficial foi criada em 1996, em Lisboa, Portugal, pelos chefes de Estado de Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e São Tomé e Príncipe. Após sua independência, em 2002, o Timor Leste tornou-se o oitavo membro da comunidade.

da saúde a fim de viabilizar o acesso aos serviços de saúde (PIRES, 2014).¹⁰³

A saúde passa a ser inserida nas discussões da CPLP na “Declaração sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Desafios e Contribuições da CPLP”, de Julho de 2006, na VI Conferência de Chefes de Estado e de Governo da CPLP, em que os Estados membros declararam como temas prioritários no contexto da saúde: “*a redução da mortalidade infantil; a melhoria do acesso à saúde reprodutiva e redução da mortalidade materna; e o combate ao HIV/SIDA, malária, tuberculose e outras doenças infecciosas endêmicas*” (CPLP, 2008, p. 1). Dois anos depois dessa conferência é realizado a primeira Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, em 2008, no qual estabelece a necessidade de criar um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS). A CPLP convida a Fiocruz e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) para serem as instituições responsáveis pela elaboração do documento, que fora aprovado pela Declaração de Estoril, em 2009, estabelecendo a PECS para o período de 2009-2012 (CPLP, 2009).

Antes da criação da CPLP, os PALOPs já vinham se reunindo a fim de discutirem o tema da saúde e de definirem estratégias para a cooperação em saúde entre os mesmos. Já no contexto da CPLP, alguns temas já haviam sido discutidos na área da saúde antes da criação do PECS, como o combate ao DST/VIH/SIDA, à Malária/Paludismo e à Tuberculose. No entanto, o PECS da CPLP simbolizou no marco de um modelo operativo sobre as ações de cooperação em saúde entre os Estados membros, como é colocado pela Coordenadora do Gabinete de Cooperação e Relações Externas do IHMT, Deolinda Cruz, “pela 1ª vez surgiu um documento estruturado que levantava questões nunca discutidas a nível do espaço CPLP. Foi avaliado e confirmou-se a sua importância e a metodologia vai prosseguir até 2016. O método é bom mas obviamente é dinâmico e não estático e pode sempre ser aperfeiçoado.”¹⁰⁴ (CRUZ, 2014, entrevista). O PECS/CPLP foi reiterado na Reunião de Ministros da Saúde da CPLP, em 2013, para o período 2013-2017 (CRIS/FIOCRUZ, 2013).

Os eixos estratégicos da PECS/CPLP de 2009-2012, período da análise da presente pesquisa, foram: formação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde; informação e comunicação em saúde; investigação em saúde; desenvolvimento do complexo produtivo da saúde; vigilância

¹⁰³ Entrevista em anexo IV.

¹⁰⁴ Transcrição disponível da entrevista no Anexo II desta tese.

epidemiológica e monitorização da situação de saúde; emergências e desastres naturais; e promoção e proteção à saúde. (CPLP, 2009). A formulação, implementação, acompanhamento e avaliação do PECS se dá pelo Grupo Técnico de Saúde da CPLP. Este grupo, junto com o Conselho de Ministros da Saúde dos Estados membros, o Secretariado Executivo, o suporte técnico formal da Fundação Oswaldo Cruz (Brasil) e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Portugal), compõem a estrutura da CPLP com relação à cooperação em saúde. A Fiocruz e o IHMT foram responsáveis pela elaboração da PECS, as duas instituições ficam como assessoras consultivas da PECS.¹⁰⁵ Ficou estabelecido no PECS/CPLP que o financiamento dos projetos seria realizado principalmente pelo Banco Mundial no contexto da Cooperação Sul-Sul (Pires, 2014).

Com base no PECS/CPLP, é criado também as redes estruturantes, sendo as duas principais: a Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS) e a Rede de Institutos de Saúde Pública da CPLP (RINSP). A RETS foi criada, em dezembro de 2009, com o objetivo de intensificar o intercâmbio entre as escolas técnicas de saúde a fim de contribuir na formação dos profissionais de saúde para atuarem nos sistemas públicos de saúde e de ciência e tecnologia em saúde. A RETS tem a EPSJV/Fiocruz como coordenadora executiva desta rede. Em 2011, a rede foi dividida em: a RETS – CPLP e a RETS Unasul (CPLP, 2015). Já a RINSP foi criada em março de 2011, com o objetivo de promover o intercâmbio entre as instituições para possibilitar a criação e/ou o aperfeiçoamento dos Institutos Nacionais de Saúde Pública (CPLP, 2015), já que alguns países da CPLP ainda não possuíam essas estruturas, como Guiné Bissau, Timor Leste, Cabo Verde e São Tomé e Príncipe. A Fiocruz foi escolhida pelos países membros da CPLP para ser também a coordenada responsável da RINSP (PIRES, 2014).

Desta forma, a CT prestada do Brasil aos PALOPs tem se baseado no que fora estabelecido pelo Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS) de 2009. A maioria dos projetos brasileiros são voltados para o treinamento de recursos humanos e para a pesquisa, ensino ou serviços e para o fortalecimento ou criação das “instituições estruturantes” do sistema de saúde, tais como ministérios da saúde, escolas de saúde pública, institutos nacionais de saúde, universidades ou cursos técnicos (medicina, odontologia, enfermagem etc.), escolas

¹⁰⁵ A assessoria técnica da PECS pela Fiocruz e pelo IHMT é mantida até o presente momento da realização da pesquisa.

politécnicas em saúde, institutos de desenvolvimento tecnológico e de produção de insumos, incluindo fábricas de medicamentos (ALMEIDA et al., 2010, p. 28,29).

No entanto, antes da desenvolvimento da PECS/CPLP, o Brasil já vinha realizando projetos de cooperação técnica com os PALOPs desde 1997, quando a Fundação Perez Guerreiro, do PNUD, financia a realização de projetos de capacitação de recursos humanos de saúde da Fiocruz aos mesmos. De lá para cá, os projetos vão se intensificando, principalmente no governo Lula que mudou a estratégia da PEB para a ênfase na Cooperação Sul-Sul. Segundo Luiz Eduardo Fonseca, responsável pela divisão da África do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da Fiocruz¹⁰⁶, no ano de 2003 o Brasil passa a investir recursos na CPLP a fim de ampliar a cooperação brasileira. Vários projetos passam a ser elaborados nos anos seguintes, como cursos de mestrado em saúde pública e ciências da saúde em Angola e Moçambique; cursos de ensino técnico para profissionais de saúde com todos os PALOPs; e criação e aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de saúde de alguns dos PALOPs (FONSECA, 2011 apud LIMA, 2012a).

No governo Lula, o maior número de projetos CTI prestada pelo Brasil na área da saúde com os PALOPs foi com Moçambique, sendo realizado 20 projetos. Em segundo lugar foi com Angola realizando 13 projetos (ABC, 2016). Importante ressaltar que diferentes projetos podem englobar o mesmo tema, como por exemplo a construção da Fábrica Antirretroviral em Moçambique que primeiro se caracterizou em um projeto de estudo sobre a viabilidade da instalação da mesma em Moçambique; posteriormente um projeto para a instalação da fábrica; depois estabelecido projeto de capacitação para a produção de medicamentos antirretrovirais; e outro para a criação de um órgão regulador de medicamentos de Moçambique como agente regulador do setor farmacêutico.

Os demais projetos em Moçambique estabelecidos no período do governo Lula foram: Fortalecimento das Ações de Alimentação e Nutrição; Mestrado em Ciências da Saúde; Redes de Bibliotecas; Fortalecimento do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique; Controle e Prevenção de doenças como Malária e HIV/Aids; Ações de Prevenção e Controle do Câncer; Terapia Comunitária; criação de Instituto da Saúde; Apoio ao Desenvolvimento de Política Nacional de Saúde Oral em

¹⁰⁶ Entrevista realizada na Dissertação de Melina Moreira Campos Lima (2012a), disponível no anexo III.

Moçambique; Capacitação de profissionais de saúde; e Missão para verificar a criação de um Sistema Único de Saúde (ABC, 2016).

Com Angola, os projetos tiveram como temas: o Controle e Prevenção de Doenças como a Malária, a Doença Falciforme e Doenças Tropicais; Cursos técnicos de Radiologia, Análise de Laboratório, Administração Hospitalar; Apoio a estruturação de Rede de Bibliotecas na Área da saúde em Angola e Moçambique; Capacitação do Sistema de Saúde; Missão de Estudos sobre a criação do Sistema Único de Saúde; e Missão de Prospeção para a Implementação de Cooperação Técnica na Produção de Antirretrovirais (ABC, 2016).

Com São Tomé e Príncipe, os projetos se concentraram no controle e prevenção de doenças: a Malária com vários projetos, o HIV/Aids e a Tuberculose (ABC, 2016); e o apoio para implantação dos Sistemas de Logística e Insumos Estratégicos e de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose, HIV/Aids e Sífilis (MS/AISA, 2010).

Com Cabo Verde, os projetos foram sobre o controle de doenças como a Malária e o HIV/Aids; apoio técnico para a implantação do Banco de Leite Humano; missão para verificar a possibilidade de criar um Sistema Único de Saúde; e na área de Vigilância Sanitária o apoio para a criação de uma Agência de Regulação dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares de Cabo Verde (ARFA) e o apoio para a implantação de um laboratório em saúde pública para análises de medicamentos e alimentos em Cabo Verde (ABC, 2016).

Com Guiné-Bissau foi o país com que o Brasil menos realizou projetos de cooperação técnica na área da saúde. Apenas o projeto sobre o controle e prevenção da Malária ocorreu de forma específica no país, os outros projetos como o controle e prevenção da HIV/Aids e sobre as doenças tropicais e a missão para a verificação da criação de um Sistema Único de Saúde ocorreram em todos os PALOPs (ABC, 2016).

Além dos PALOPs, o Brasil realiza projetos de cooperação técnica na área da saúde também com os países da África de língua inglesa e francesa. No entanto, boa parte destes países até a gestão 2009 tiveram apenas um projeto de CT firmado com o Brasil. Segue os países da África de língua inglesa e francesa e seus respectivos projetos de CT em saúde com o Brasil:

PAÍSES DA ÁFRICA ANGLÓFONA

BOTSUANA: Fortalecimento do Plano Nacional Estratégico para HIV/Aids – 2003 – 2009;

GHANA: - Projeto Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/Aids; Apoio à Estruturação do

Sistema Nacional de Atenção Integral à Pessoa com doença falciforme; Estruturação de um Banco de Sangue e de uma clínica modelo de doença falciforme;

QUÊNIA: Apoio ao Programa de DST/Aids;

ZÂMBIA: Apoio a Estratégia do Programa de HIV/Aids;

TANZÂNIA: Apoio ao Programa de DST/Aids.

PAÍSES DA ÁFRICA FRANCÓFONA

ARGÉLIA: Implementação do Projeto Capacitação Técnica em Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos Pediátricos;

BENIN: Projeto Piloto em Doença Falciforme;

BURKINA FASSO: Apoio ao Programa de Luta Contra Aids;

CAMEROUN: Apoio ao Programa de Controle da Malária;

SENEGAL: Projeto Piloto em Doença Falciforme;

CONGO: Projeto Malária; Projeto HIV/Aids (MS/AISA, 2010, p. 43-44).

Segundo a ABC, ainda estão em execução 13 projetos de CTI em saúde iniciados no governo Lula com os países da África, conforme Tabela 8. Segundo Paulo Barbosa Lima, gerente de Cooperação Bilateral da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), os projetos em execução tanto com os países da América do Sul como da África significam que estão em andamento ou ainda vigentes. Sobre os atrasos na conclusão dos mesmos, o mesmo informou que as vezes

ocorrem defasagens entre o cronograma e o agendamento das atividades do projeto. Ademais, nos projetos em que há previsão, ocorrem também problemas na contratação de serviços ou na aquisição de bens, seja em razão da ausência de propostas válidas ou da apresentação de número inferior a três, o que obriga a republicação do processo e consequente atraso na execução da iniciativa.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Informações recebidas por e-mail do Gerente de Cooperação Bilateral da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), Paulo Barbosa Lima, em fevereiro de 2016.

Tabela 8 - Projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde na África iniciados no governo Lula em execução atualmente

PAÍS	INÍCIO	PREVISÃO DE TÉRMINO	ÓRGÃOS RESPONSÁVEIS	PROJETO
Moçambique	Set/2008	Dez/2016	Fiocruz/MS	Capacitação em Produção de Medicamentos Antirretrovirais
Gana	Mar/2009	Jul/2014	Programa Nacional DST/AIDS - Brasil	Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/AIDS
Quênia	Set/2009	Jul/2014		Fortalecimento das Ações de Combate ao HIV/AIDS
Argélia	Set/2009	Nov/2015	Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras (INCL)	Capacitação Técnica em Procedimentos Cirúrgicos Cardíacos Pediátricos
Gana	Out/2009	Dez/2012	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (HEMOMINAS), MS, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	Apoio à Estruturação do Sistema Nacional de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme
Argélia	Dez/2009	Dez/2015	AISA, Sociedade Brasileira de Queimaduras (SBQ)	Gestão e Normatização do Atendimento ao Paciente Portador de Queimaduras
Tanzânia	Jan/2010	Dez/2014	MS - Secretaria de Políticas de Saúde (Cn de Dst/Aids)	Fortalecimento do Combate ao HIV/AIDS
Angola	Jun/2010	Ago/2015	MS-Brasil	Projeto-Piloto em Doença Falciforme
Angola	Jun/2010	Ago/2015	Fiocruz/ MS, AISA/MS	Capacitação do Sistema de Saúde - Fase II
Moçambique	Jul/2010	Dez/2015	MS- Brasil	Apoio ao desenvolvimento da Política nacional de Saúde Bucal
Botsuana	Jun/2010	Dez/2014	Programa Nacional DST/AIDS- Brasil	Fortalecimento da Estrutura Estratégica Nacional para HIV/AIDS
Moçambique	Set/2010	Dez/2015	MS - Brasil	Apoio ao Sistema de Atendimento Oral de Moçambique Capacitação de Técnicos Moçambicanos em Prótese Dentária”,
Moçambique	Out/2010	Dez/2015	Instituto Nacional do Câncer (INCA), MS - Brasil	Fortalecimento das ações de prevenção e controle do câncer

Fonte: ABC (2016). Elaboração própria.

A título de comparação com o governo atual da presidente Dilma, até o presente momento da pesquisa, foram realizados 19 projetos de CTI prestada do Brasil em saúde com os países da África, sendo o último iniciado em Abril de 2014. Os projetos em execução neste governo são 12, representados na Tabela 9. Observa-se que no governo Dilma o enfoque maior foi com a África, tendo mais projetos executados do que com a América do Sul.

Tabela 9 - Projetos de CTI na área da saúde realizados no governo Dilma

País	Início	Projeto
São Tomé e Príncipe	2011	Apoio ao Programa de Luta contra a Tuberculose
Moçambique	2011	Promoção da Saúde da Mulher, criança e do adolescente
Moçambique	2011	Implantação de Banco de Leite Humano e de Centro de Lactação
Benin	2011	Projeto Piloto em Doença Falciforme
-	2011	Fortalecimento do Plano Estratégico Nacional para HIV/Aids
Palestina e Egito	2012	Capacitação Técnica em Transplante de Fígado – Etapa 1
Guiné-Bissau	2012	Apoio na área de diagnóstico laboratorial do HIV e outras doenças infecciosas
Cabo Verde	2012	Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde - Fase 2
-	2012	Implementação de diagnóstico clássico e molecular e capacitação técnica de medidas sanitárias para o controle de doenças de animais de produção – Fase 1
Guiné-Bissau	2012	Fortalecimento do Combate ao HIV/AIDS
Cabo Verde	2012	Consolidação da ARFA como Agente Regulador dos Setores Farmacêutico e Alimentar – Fase 2
Burquina Faso	2012	Apoio ao Fortalecimento Institucional do Laboratório Nacional de Saúde Pública

Fonte: ABC (2016).

A partir dos dados apresentados sobre os projetos realizados pelo Brasil na área da saúde, no governo Lula, podemos verificar que a maior parte dos projetos realizados pelo país no continente africano são sobre o controle e prevenção de doenças, enquanto na América do Sul o número dos projetos brasileiros são bem menores. Isso evidencia que a estrutura do continente africano é muito mais deficiente do que na América do Sul,

o que demanda um número muito maior de projetos a fim de controlar e prevenir doenças, devido à pobreza, falta de informação, deficiência da estrutura sociopolítica dos países e/ou falta de condições sanitárias.

O grande destaque dos projetos de CT do Brasil com a África estão relacionados ao controle e prevenção da HIV/Aids. Segundo a ONU, em 2011 existiam 34 milhões de pessoas vivendo com AIDS no mundo, das quais 69% dos infectados por esta doença estão no continente africano. São em torno de 36 mil novos casos por ano, matando ainda milhares de pessoas no mundo, principalmente na África que no ano de 2011, matou em torno de 1,2 milhão de pessoas. No entanto, a mortalidade, entre os anos 2002 a 2011, teve uma queda de 12% (UNU BR, 2013). Desta forma, os projetos nessa área permanecem como foco estratégico das ações do Brasil no continente africano.

Os projetos realizados pelo Brasil voltados a prevenção e o controle da HIV/Aids fazem parte da Rede Laços Sul-Sul, no qual o país tem contribuído por meio da cooperação técnica e do fornecimento de medicamentos antirretrovirais fabricados por laboratórios públicos no Brasil, tendo o apoio logístico do Unicef na distribuição dos mesmos. “No período de 2003 a 2011, o Brasil contribuiu, no âmbito desta rede, com aproximadamente 31.100 tratamentos antirretrovirais e realizou 57 atividades de cooperação técnica. Esta é uma iniciativa que foi premiada pelas Nações Unidas, em dezembro de 2008, na Exposição sobre Cooperação Global/Sul-Sul” (SANTOS; LUCENA, 2013, p. 7).

Outro projeto que se destacou no contexto da CTI prestada do Brasil foi a instalação da fábrica de medicamentos antirretrovirais em Moçambique, sendo a primeira unidade farmacêutica 100% pública no continente africano. O Brasil tem buscado agora ampliar a produção dos medicamentos antirretrovirais na Sociedade Moçambicana de Medicamento, nome dado a fábrica, a fim de poder abastecer outros países africanos realizando o Projeto Farmácia Popular, bem como apoiar o fortalecimento de um órgão regulador em Moçambique para garantir a qualidade destes medicamentos (CRIS/FIOCRUZ, 2013). Assim, essa transferência de tecnologia na produção de medicamentos se tornou um grande destaque da atuação brasileira no contexto da cooperação técnica internacional, se caracterizando de fato na ideia da cooperação estruturante em saúde.

Destaca-se a finalização da obra de adequação da Sociedade Moçambicana de Medicamentos e início do processo de comissionamento e qualificação da

fábrica. Foram capacitados 02 (dois) técnicos moçambicanos na área de Gestão em Indústria Farmacêutica e foi dado início ao processo de obtenção de certificação local em Boas Práticas de Fabricação (BPF) junto à Autoridade Regulatória de Moçambique, pois a fábrica já conta com o registro de 05 (cinco) medicamentos e o pedido de registro de mais três (CRIS/FIOCRUZ, 2014, p. 14).

Cabe ressaltar que projetos relacionados ao controle e prevenção de outras doenças também se destacaram nesse continente, como os projetos relacionados a Malária e a Tuberculose. A partir desses projetos foi criada a Redes Malária da CPLP, sob a coordenação da Fiocruz (CRIS/FIOCRUZ, 2013). Assim, os projetos de cooperação técnica do Brasil com a CPLP continuam tendo como uma das ênfases estratégicas a vigilância epidemiológica e a situação da saúde no continente africano.

Outro destaque dos projetos no continente africano estão relacionados ao apoio e fortalecimento dos Institutos Nacionais de Saúde dos países parceiros bem como a capacitação em recursos humanos dos profissionais da área da saúde, desenvolvidos vários projetos de cursos de técnicos e de pós-graduação na área da saúde. Isso também demonstra a necessidade por parte dos países africanos em melhorar a capacitação dos seus profissionais da área da saúde a fim de possibilitar um acesso a saúde com melhor qualidade.

Os projetos relacionados à Nutrição e Alimentação, especificamente sobre o fortalecimento do Banco de Leite Humano também são relevantes no contexto da cooperação técnica brasileira no continente africano. No entanto, pode-se verificar que houve maior demanda dos projetos nessa área pelos países da América do Sul do que da África. Segundo a ONU, a desnutrição mata 300 crianças por hora, em todo o mundo, sendo os países africanos com os maiores índices. No entanto, os problemas relacionados a desnutrição na região estão relacionados por conflitos civis, instabilidade política, elevada pobreza e secas. Desta forma, os problemas são bem mais complexos, necessitando realizar projetos de maior envergadura abrangendo não só a área da saúde, mas também na área da agricultura, educação, defesa, entre outros.

4.2.2.3 *Cooperação estruturante em saúde do Brasil em outras regiões*

Além dos países da América do Sul e dos PALOPs, o Brasil também tem dado prioridade na prestação de projetos de CTI na área da saúde ao Haiti, país do Caribe, considerado um dos países mais pobres do mundo. Desde 2004, o Brasil passa a liderar a Missão das Nações Unidas para Estabilização do Haiti (Minustah)¹⁰⁸, estreitando as relações com o mesmo. Em Janeiro de 2010, o Haiti é atingido por um terremoto, no qual matou milhares de pessoas, sendo uma delas a Dra Zilda Arns, médica sanitária e pediatra, fundadora e coordenadora internacional da Pastoral da Criança, instituição esta que desenvolve ações no país desde 2002. Vários edifícios foram destruídos como o Palácio Nacional do Haiti - construído pela França no século XIX e reconstruído em 1919, residência oficial do presidente do Haiti -, a sede das Forças de Paz da Organização das Nações Unidas no Haiti, e vários hospitais de Porto Príncipe (capital do Haiti).

Em situação de calamidade pública devido ao terremoto, o Brasil intensifica suas ações de cooperação com o Haiti. Na área da saúde, foi firmado o Memorando de Entendimento Brasil, Cuba e Haiti para o fortalecimento do sistema de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti, em março de 2010, com duração de 5 anos, prorrogável automaticamente por igual período. Pelo Memorando ficou estabelecido que caberia ao Brasil:

- apoiar a recuperação e construção de unidades hospitalares;
- contribuir para a aquisição de equipamentos, ambulâncias e insumos de saúde;
- viabilizar bolsas para capacitar profissionais de saúde haitianos;
- apoiar a qualificação da gestão assistencial e de vigilância epidemiológica no Haiti;
- apoiar medidas de fortalecimento do sistema de atenção básica do Haiti (MS/AISA, 2011, p. 47).

Segue Tabela (Tabela 10), com os projetos de CTI na área da saúde prestados pelo Brasil ao Haiti até o presente momento da pesquisa com

¹⁰⁸ Devido ao golpe de Estado que forçou a renúncia do presidente Jean-Bertrand Aristide, em fevereiro de 2004, o Conselho de Segurança das Nações Unidas aprovou a operação de paz no Haiti a fim de garantir a ordem e a segurança no país, em Abril de 2004.

base no sítio eletrônico da ABC. Os projetos (em negrito na tabela 10) iniciados a partir de 2010, ocorreram a partir do Memorando de Entendimento Brasil, Cuba e Haiti para o fortalecimento do sistema de saúde e vigilância epidemiológica no Haiti. Desse Memorando, também foi firmado conforme sítio eletrônico da ABC o “Projeto Sul-Sul de Fortalecimento da Autoridade Sanitária do Haiti”, de forma trilateral entre Haiti, Brasil e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), em novembro de 2010, com previsão de término em 31 de dezembro de 2017. Com o objetivo de executar e fazer a manutenção de 4 Hospitais Comunitários, apoiar a formação de 1.500 agentes comunitários de saúde e 500 técnicos de nível médio do Haiti e a aquisição de equipamentos de infraestrutura, este projeto determinou como financiador, executor e coordenador estratégico o Ministério da Saúde do Brasil, e como apoiador na execução deste projeto prestando monitoria e assistência o PNUD (MS/AISA, 2011, p. 51).

Tabela 10 - Projetos de CTI prestados pelo Brasil ao Haiti

Projeto	Início	Situação do projeto	Órgãos responsáveis
Proposta de Cooperação Técnica junto ao Governo do Haiti Para Reestruturação dos Serviços de Imunização	Jul/2005	Ago/2005 (concluído)	MS- Brasil
Missão de apoio a cooperação técnica trilateral Brasil - Haiti - Canadá na área de imunizações	Jul/2007	Ago/207 (concluído)	Nada consta
Implantação de Banco de Leite Humano	Jun/2009	Set/2009 (concluído)	Fiocruz/MS
Programa para Inclusão Social de pessoas com deficiência	Ago/2010	Dez/2010 (concluído)	MS e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
Apoio às Iniciativas de Proteção da Criança	Set/2010	Dez/2010 (concluído)	Pastoral da Criança
Capacitação de Profissionais de Saúde Haitianos em Técnicas de Tratamento e Prevenção do Cólera	Out/2010	Jul/2011 (concluído)	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein

Reabilitação de pessoas com deficiência – Fase II	Nov/2010	Dez/2016 (em execução)	MS - Brasil / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
Treinamento de Profissionais de Saúde Haitianos em Técnicas de Tratamento e Prevenção do Cólera – Fase II	Nov/2010	Fev/2011 (concluído)	Hospital Sírío Libanês (Instituto de Ensino e Pesquisa)
Apoio às Iniciativas de Construção do Instituto Brasil-Haiti de Reabilitação e de Capacitação de Profissionais em Reabilitação e Inclusão Social das pessoas com deficiência	Jan/2011	Abr/2011 (concluído)	MS- Brasil/ Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
Capacitação de Lideranças Haitianas em Técnicas de Tratamento e Prevenção do Cólera	Fev/2011	Maio/2011 (concluído)	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein
Missão de Coordenação com Cooperação Tripartite Brasil – Haiti – Cuba na Área da Saúde (controle e prevenção de doenças)	Fev/2011	Maio/2011 (concluído)	AISA / MS - Brasil
Apoio as Iniciativas de Proteção da Criança em Fort-Liberte (Nutrição e Alimentação)	Fev/2012	Mar/2012 (concluído)	Nada consta

Fonte: ABC (2016). Elaboração própria.

Outro país que o Brasil tem priorizado seus projetos de CTI é com Timor Leste. Um dos países mais jovens do mundo, tornando-se independente em Maio de 2002, membro da CPLP, no qual além do português, tem também como idioma oficial o tétum. País asiático, Timor Leste é um dos mais pobres do mundo, com aproximadamente 38% da população vivendo abaixo da linha da pobreza internacional, ou seja, com menos de 1,25 dólar americano por dia. Segundo sitio eletrônico da ABC,

na área da saúde, o Brasil realizou apenas 4 projetos de CTI, todos já concluídos, que foram: Curso Internacional sobre Doenças Tropicais, em 2008; Missão de Estudos sobre o Sistema Único de Saúde para Países de Língua Portuguesa, em 2008; Missão de Capacitação da Pastoral da Criança, em 2009; e Pastoral da Criança para o Desenvolvimento Infantil (ações básicas de saúde, nutrição, educação voltados para crianças, gestantes e famílias) em 2010 (ABC, 2016).

Desde 2011, tem ocorrido reunião com os Ministros da Saúde dos BRICS. Um dos objetivos seria promover a transferência de tecnologia na produção de medicamentos para fabricar a preços mais baixos e atender os países em desenvolvimento. Em 2013, foi acordado a colaboração entre os BRICS em Projetos Estratégicos em Saúde. Na IV Reunião dos Ministros da Saúde dos BRICS, realizada na cidade de Brasília em dezembro de 2014, os países decidiram em colaborar para que ocorra o acesso universal aos medicamentos para o tratamento da tuberculose nos BRICS e nos países de baixa renda. Segundo a OMS, os BRICS representam 50% dos casos de tuberculose registrados. Outros temas também tem sido discutido nestas reuniões como o controle da HIV/Aids, do Ebola, nutrição e entre outros (SAUDE AMANHA, 2015).

4.3 CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

A partir do que foi verificado, constatamos que o Brasil passa a assumir grande protagonismo nas discussões internacionais relacionados a saúde, no final da década de 1990 e na primeira década do século XXI, coordenando projetos não só com os países do Sul, mas também com os do Norte, bem como, exercendo atuação marcante e propositiva nos foros internacionais específicos da área, como da Organização Mundial da Saúde (OMS), na Organização Multilateral de Comercio (OMC), ONU, e dos órgãos multilaterais regionais: UNASUL e CPLP.

As grandes contribuições dessa liderança no ambiente internacional foram: a possibilidade de solicitar licença compulsória de medicamentos antirretrovirais determinada pela OMC, hoje abrindo a possibilidade de ser utilizado para outros medicamentos caso seja comprovado caso de necessidade pública; na construção de um regime internacional de combate ao HIV/Aids, tendo hoje diversos documentos com normas, as regras e prescrições para tomadas de decisão tanto no contexto multilateral como regional, garantindo ao Brasil presença honorária nas conferencias internacionais sobre o tema; e na construção

do regime internacional sobre o controle do tabaco, iniciado em 1999 e entrando em vigor em 2005 a Convenção-Quadro do Controle de Tabaco.

As primeiras iniciativas desse protagonismo foram realizadas pelo governo FHC com relação a HIV/Aids que geraram repercussão internacional bem como o aumento das ações do Brasil como doador de CTI em saúde. No entanto, foi no governo Lula que tanto a saúde como a CTPD passam a ser considerados relevantes para a inserção internacional do país, havendo uma grande intensificação das ações brasileiras de CTI prestadas na área da saúde, fazendo que o Brasil passasse a ser visto com um dos novos doadores emergentes do Sul.

Desta forma, podemos dizer que o governo Lula deu continuidade as ações internacionais na área da saúde iniciadas pelo governo FHC, mas ao inserir este tema como relevante para a política externa brasileira, há uma grande mudança estratégica das ações do país nesta área. No governo Lula, o Brasil passa a verificar a saúde como área estratégica para atingir os interesses nacionais, aumentando sua participação e liderança internacional sobre a Saúde Global.

Com relação a CTI prestada pelo Brasil na área da saúde, o país passa a ser demandado por projetos neste contexto devido ao sucesso dos seus programas nacionais, pela atuação de liderança nos fóruns internacionais e pela diplomacia presidencial, assunto que será discutido no próximo capítulo, especialmente do presidente Lula nos anos de 2003 e 2010. Com o apoio político para a diversificação da agenda internacional e, como consequência desse processo, a descentralização das ações de CTI do país no governo Lula, ocorre o aumento do número de projetos de CTI prestada pelo Brasil aos países em desenvolvimento, especialmente na área da saúde. Assim, o Brasil no século XXI, passa a ser considerado como um dos grandes doadores de CTI aos países do Sul, junto com China e Índia.

Os projetos de CTI prestada do Brasil em saúde aos países em desenvolvimentos concentram-se principalmente com os países da América do Sul e com os PALOPs, no entanto, o Brasil tem realizado projetos com países da América Central e Caribe, do Norte da África e da Ásia. Os temas dos projetos tem sido diversos, mas os que mais se destacam são sobre o controle e prevenção das doenças, principalmente do HIV/Aids, Malária, Febre Amarela, Dengue, Chagas; criação de Bancos de Leite Humano; programas de imunizações; vigilância sanitária e epidemiológica, capacitação de recursos humanos em saúde e fortalecimento dos institutos nacionais d saúde.

No entanto, apesar do aumento do número de projetos realizados pelo Brasil na área da saúde com os países em desenvolvimento, não há estudos sobre a efetividade e resolutividade destes projetos. O Brasil tem destacado que o sucesso dessas ações tem ocorrido: pelo aumento da demanda dos países receptores por estes projetos do Brasil; pela realização do país dos mesmos, já que nos governos anteriores havia demanda mas não havia interesse do Estado; e pelo aumento das parcerias econômicas e políticas que o Brasil passa a realizar com os países receptores de CTI do Brasil. Assim, abre-se uma lacuna sobre a necessidade de estudos que avaliem os resultados destas ações com maior profundidade, já que os estudos governamentais não tem contemplado estas análises.

Outro aspecto importante a destacar é que com o aumento dos projetos de CTI prestada do Brasil seja em saúde como em outras áreas, como demonstrado no capítulo 2 desta tese, passa a haver o aumento dos investimentos governamentais para estas atividades, em destaque no governo Lula. Não que os investimentos nas ações do Brasil na CTPD tenham ocorrido somente por meio de recursos governamentais, muitos projetos foram financiados por agências e fundos internacionais. No entanto, passa a haver críticas quanto aos gastos do governo federal nos projetos de CTI, em vez de investir programas e projetos na área da saúde no contexto nacional.

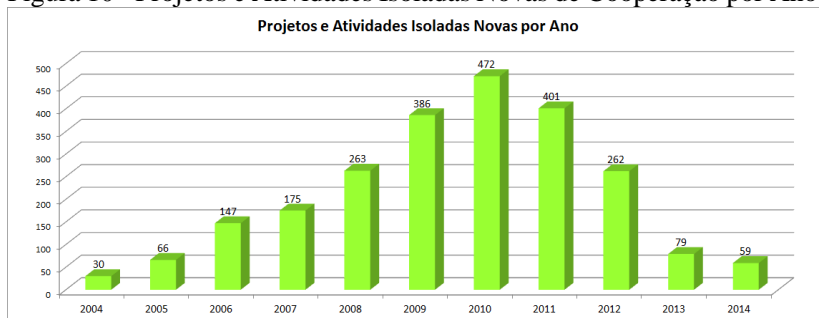
Outra crítica que tem ocorrido no Brasil é que apesar do aumento dos projetos CTI prestados pelo país aos países em desenvolvimento, o Congresso brasileiro tem reduzido sua participação nesse contexto. Tem se verificado o controle do executivo no planejamento das ações de CTI prestadas pelo país, caracterizando-se no déficit do *accountability* da política externa brasileira, ou seja, na ausência dos “*checks and balances*” entre o Executivo e o Legislativo no controle e na condução da agenda internacional do país.

Apesar das críticas, muitos analistas tem verificado de forma positiva o protagonismo do Brasil no governo Lula no contexto da CTPD (ALMEIDA et al., 2010; BUSS; FERREIRA, 2010b, 2011, 2012; SANTANA, 2012; FEDATTO, 2013, 2015), não só pelo destaque que a expertise brasileira em saúde passa a ter no cenário internacional, gerando novos projetos e cooperações internacionais, como no auxílio do país para o desenvolvimento dos países do Sul. No entanto, destacamos que um dos grandes objetivos do Brasil em atuar como protagonista na doação de CTI em saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula também está relacionado aos interesses econômicos e políticos do país. Ou seja, o

aumento das relações econômicas do Brasil com os países receptores como a busca em ampliar seu *soft power*, assunto que será melhor discutido no capítulo 5 da presente tese.

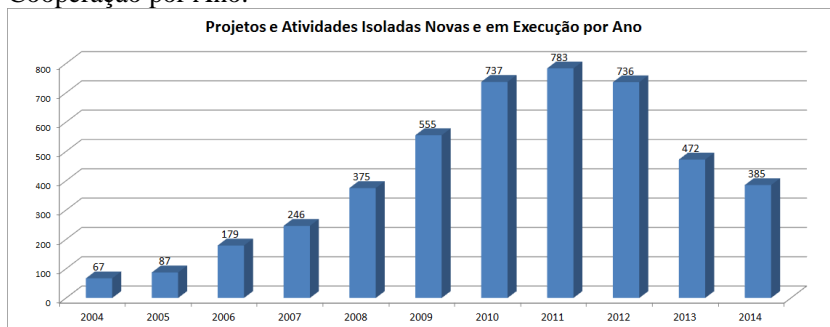
No atual governo da presidente Dilma Rousseff, acreditava-se que haveria a continuidade do protagonismo brasileiro no contexto da CTPD por ser do mesmo partido que o presidente Lula, o PT. No entanto, no governo atual houve significativa redução das ações do país nesse contexto, conforme dados da ABC, representado pela Figura 10, que relaciona as novas iniciativas de projetos e atividades isoladas acrescidas, anualmente, à pauta da ABC no contexto da CSS; e a Figura 11, no qual foram somados os projetos e atividades novas e as em execução.

Figura 10 - Projetos e Atividades Isoladas Novas de Cooperação por Ano.



Fonte: ABC (2015).

Figura 11 - Projetos e Atividades Isoladas Novas e em Execução de Cooperação por Ano.



Fonte: ABC (2015).

Cabe ressaltar, que um dos fatores dessa redução está relacionada a crise econômica internacional que atingiu o país por volta do ano de 2011, afetando o andamento da situação econômica do país. Já Cervo e Lessa (2014) colocam que a política externa do governo Dilma é caracterizado por um declínio sistêmico devido a ausência de metas e de planejamento no contexto da PEB. Ainda segundo os autores acima, esse declínio da PEB também está associado a ausência do carisma da presidente, voltando sua atuação para o ambiente doméstico, seguindo um perfil mais tecnocrata. Como consequência houve a grande redução da diplomacia presidencial no governo Dilma, verificada no governo anterior como estratégia relevante para alcançar a diversificação e a ampliação da inserção internacional do país.

Nesse contexto, percebemos que apesar dos avanços do Brasil como “doador emergente do Sul” de CTI no período do governo Lula, especialmente na área da saúde, no governo Dilma tem ocorrido uma significativa redução de novos projetos, conforme dados apresentados na Figura 10 e 11. Apesar de não ser o foco da presente tese, indagamos se essa redução no contexto da CTI prestada pelo país no governo Dilma se deve pela escassez de recursos financeiros devido a crise econômica que o Brasil passa a enfrentar a partir do ano de 2011 ou pela falta de uma estratégia política do atual governo?

Como os projetos de CTI prestados pelo Brasil são realizados a partir da demanda dos países em desenvolvimento, não havendo um planejamento ou uma estratégia permanente na condução dessa agenda, dependente da estratégia política por parte do governo. Com a redução destas ações no atual governo Dilma, verificamos a relevância de um planejamento mais adequado e permanente na condução da CTI prestada por parte do Brasil, seja na área da saúde como em outras áreas, para que haja a sustentabilidade e a permanência destas atividades por parte do país.

5 BRASIL COMO DOADOR DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL EM SAÚDE: AS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIARAM NA MUDANÇA DO COMPORTAMENTO DO PAÍS

Em vista que o Brasil se tornou um importante ator no contexto da CTI prestada em saúde aos países em desenvolvimento, o presente capítulo tem como foco identificar as variáveis sistêmicas e domésticas que influenciaram nessa mudança de comportamento, já que a mesma passa a ser uma importante ferramenta das relações externas do país no governo Lula.

Vários autores destacam que a condução da política externa dos países são influenciadas por aspectos tanto nacionais como interesses dos atores domésticos, cultura, crescimento econômico, expertise técnica, mas também é condicionada por variáveis internacionais. Para Helen Milner (1997), a política externa é construída por uma associação de forças domésticas com pressões advindas do sistema internacional. Celso Lafer (1987) complementa esse contexto destacando que as ações reativas da PEB são realizadas devido as variáveis conjunturais; e a busca pelos interesses nacionais e a autonomia (crescimento econômico) do país são determinadas pelas variáveis estruturais.

Nesse contexto, Alexander Wendt (1999), um dos principais autores construtivistas do campo acadêmico das Relações Internacionais, também coloca que a cooperação internacional é construída por forças tanto endógenas como exógenas, que irão moldar as identidades e os interesses dos Estados. Isso quer dizer que a cooperação internacional realizada pelos Estados é socialmente construída a partir de interesses e identidades.

Assim, foi verificado diversas variáveis que contribuíram para a formação das preferências e dos interesses dos atores responsáveis pela construção da CTI prestada do Brasil na área da saúde. Todas as variáveis identificadas pela presente pesquisa foram consideradas relevantes para que o Brasil inserisse como estratégia da sua política externa a CTI prestada, principalmente na área da saúde, se tornando a partir do governo Lula um grande doador de cooperação nessa área, competindo com os países desenvolvidos e outros países emergente como China e Índia.

5.1 ESTRATÉGIAS DO GOVERNO LULA E SUA DIPLOMACIA PRESIDENCIAL

Uma das variáveis que influenciaram na mudança do Brasil de receptor para doador de cooperação técnica internacional em saúde foi a alteração da ênfase da política externa brasileira no governo Lula, chamado de autonomia pela diversificação ou integração por Vigevani e Cepaluni (2011). Desta forma, a diversificação da política externa brasileira neste período representou na ampliação dos temas da agenda internacional como também no alargamento dos seus parceiros.

Com relação a ampliação dos temas, o país direciona suas ações para assuntos não tradicionais, exercendo liderança em muitas negociações e em órgãos internacionais. O Brasil passa a defender a ampliação do Conselho de Segurança na ONU; um dos mediadores do Programa Nuclear do Irã; lidera a missão de paz no Haiti, chamada MINUSTAH, com mais de 2.000 soldados brasileiros participando da operação no período do governo Lula; na defesa dos direitos humanos, principalmente relacionado a ajuda humanitária; na saúde e na agricultura exercendo liderança em fóruns internacionais e realizando a doação de CTI aos países em desenvolvimento. Esses foram alguns exemplos dessa diversificação da agenda internacional brasileira no governo Lula.

No contexto das parcerias, a estratégia do governo Lula foi a ênfase na Cooperação Sul-Sul, ou também chamada de Cooperação entre os Países em Desenvolvimento, por considerar que a mesma seria mais justa, horizontal, do que a Cooperação Norte-Sul considerada por muitos países como desigual e que mantinha os países em desenvolvimento na constante dependência dos países desenvolvidos. No entanto, o Brasil mantém suas relações econômicas e comerciais com os países desenvolvidos, principalmente com os Estados Unidos, que durante muitas décadas foi o principal parceiro comercial brasileiro. Assim, o Brasil mantém os seus tradicionais parceiros comerciais, mas também enfocará na ampliação dos mesmos, principalmente com aqueles países não que eram tradicionais parceiros do Brasil, ou seja, com os países do continente africano, Oriente Médio e Ásia.

Não que o Brasil já não fizesse cooperação com os países em desenvolvimento, mas sua ênfase se dava com os países da América Latina, mais especificamente com os da América do Sul. A aproximação do Brasil com a América do Sul é iniciada principalmente nos anos 1980, concordando em participar de integração econômica regional chamada de Mercosul, criada em 1991, e que foi mantida pelos governos posteriores.

Hoje essa integração é ampliada para o contexto da União das Nações Sul-americanas (Unasul), bloco econômico e político, que abrange não só os países do Mercosul (Argentina, Brasil, Paraguai, Venezuela e Uruguai), mas também os países da Comunidade Andina (Bolívia, Colômbia, Equador e Peru), Guiana e Suriname.

Além dessa estratégia da política externa brasileira, outro aspecto que favoreceu a intensificação do país como doador de cooperação técnica internacional, que segundo o discurso do Brasil foca na cooperação estruturante em saúde, foi a atuação do próprio governante, Luís Inácio Lula da Silva, e de seu partido, Partido dos Trabalhadores (PT). Conforme Figueira (2011), as visões e os interesses de determinados partidos políticos podem influenciar nos processos de decisão da política externa. É claro que influenciem em menor medida, isso dependerá de como está estruturado o poder destes partidos políticos no Congresso e se o Poder Legislativo de fato participa do processo decisório sobre a política externa.

Lula foi um dos fundadores do PT¹⁰⁹ e presidente deste partido de 1980 a 1994. Teve liderança no movimento de esquerda tanto do Brasil como da América Latina e seu governo fica conhecido pela defesa de temas sociais, destacando alguns programas nessa área como o Bolsa Família, Fome Zero, Farmácia Popular, entre outros. Conforme discurso do seu chanceler, Celso Amorim, sobre a defesa do ex-presidente Lula sobre esses temas: “a extensão da luta contra a fome e a pobreza ao plano internacional, que Vossa Excelência liderou com outros dirigentes, serviu e continua a servir de inspiração a muitas iniciativas, que, mesmo antes da crise, procuravam tornar menos longínquas as metas de desenvolvimento do milênio” (AMORIM, 2010c).

Durante o seu governo, houve o grande aumento do uso da diplomacia presidencial. Pela Constituição brasileira, o presidente da República tem como atribuições: manter relações com Estados estrangeiros e acreditar seus representantes diplomáticos; celebrar tratados, convenções e atos internacionais, sujeitos a referendo do Congresso Nacional; declarar guerra, no caso de agressão estrangeira, autorizado pelo Congresso; celebrar a paz, autorizado pelo Congresso (BRASIL, 1988).¹¹⁰ Para Danese (1999), as atuações do presidente

¹⁰⁹ O Partido dos Trabalhadores (PT) surgiu com o objetivo principal de defender os direitos sociais dos trabalhadores do Brasil, ampliando sua agenda para outros temas sociais nos anos 1990.

¹¹⁰ Art. 84 da Constituição brasileira de 1988.

determinadas pela Constituição são obrigações do cargo, já a diplomacia presidencial implica em uma diplomacia ativa, no qual o mandatário conduz pessoalmente os assuntos de política externa, fora da mera rotina ou das atribuições *ex officio*, tendo iniciativa própria seguindo sua intuição e ensejos.

O presidente Lula, comparado aos presidentes anteriores, se sobressaiu nesse contexto, realizando 111 viagens internacionais (que foram visitas oficiais de Estado, reuniões de negócios, reuniões multilaterais, visitas a eventos) no primeiro mandato (2003-2006), e 145 no segundo mandato (2007-2010). Destas viagens, no primeiro mandato foram: 46 para a América Latina e Caribe, 22 para África e Oriente Médio e 7 para Ásia e Rússia; no segundo mandato foram: 67 para a América Latina e Caribe, 24 para África e Oriente Médio e 13 para Ásia e Rússia. Já o presidente Fernando Henrique Cardoso realizou 52 viagens internacionais no primeiro mandato (1995-1998), sendo destas 23 para os países da América Latina e Caribe, 2 para África (África do Sul e Angola) e 2 para Ásia (Índia e Japão); no segundo mandato (1999-2002) foram 63 viagens internacionais, sendo destas 31 para os países da América Latina e Caribe, 2 para África (África do Sul e Moçambique) e 1 para Rússia (BIBLIOTECA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2015).

Cabe destacar que no Brasil, apesar da Constituição Federal de 1988, determinar que seria de competência do Congresso brasileiro em aprovar ou não os tratados, acordos ou atos internacionais (BRASIL, 1988)¹¹¹, boa parte dos acordos bilaterais no Brasil não passam pelo aprovação do Congresso. Estes são chamados de acordos executivos, quando não há a tramitação completa para o processo de ratificação do acordo. Segundo estudo realizado por Ariane Roder Figueira, de um total de 1.821 atos internacionais bilaterais, entre 1988 a 2007, 1.423 foram de forma simplificada, ou seja, entraram em vigor após sua assinatura se caracterizando como acordo executivo (FIGUEIRA, 2011, p. 73). Esse contexto representa na baixa participação do poder Legislativo do Brasil na construção e no planejamento da política externa brasileira, decidindo apenas pela aprovação ou não dos acordos quando os mesmos são levados ao Congresso, ou seja, atuando apenas como veto players.

Com o grande aumento da diplomacia presidencial utilizada pelo presidente Lula nos seus dois mandatos, 2003 a 2010, as estratégias adotadas na condução da política externa brasileira no seu governo ficaram associadas as suas preferências e aos seus interesses. Desta forma,

¹¹¹ Art. 49, inciso I, da Constituição brasileira de 1988.

com um discurso voltado para a solidariedade e para a defesa dos interesses dos países do Sul e dos temas sociais, como o combate a fome e a miséria, o presidente Lula buscou se aproximar dos países em desenvolvimento que viam esse discurso como uma estratégia para melhorar o crescimento dos mesmos. No entanto, Lula não se afastou dos tradicionais parceiros do país, pelo contrário, deu continuidade a estas parcerias, principalmente com Estados Unidos e União Europeia.

Um dos aspectos que auxiliou a condução da diplomacia presidencial de Lula foi seu carisma. Esse fator contribuiu para a aproximação de novos parceiros e na realização de projetos de CTI como destacou a ABC, que a escolha de parceiros e dos programas de CTPD no governo Lula foi realizada com base em “compromissos assumidos em viagens do Presidente da República” (ABC, 2014).

No entanto, cabe ressaltar que além da influência das preferências e dos interesses do presidente Lula na condução da agenda internacional do país devido a intensificação da sua diplomacia presidencial, houve também a ativa participação do Itamaraty na condução da PEB neste período. Seu governo marcou o retorno de um diplomata exercendo o cargo de Ministro das Relações Exteriores, Celso Amorim (ficando no cargo durante os dois mandatos do governo Lula), e Samuel Pinheiro Guimarães, como secretário geral do MRE. Esse envolvimento ativo do Itamaraty se deu pela forte afinidade entre o presidente Lula e o MRE, no qual defendiam a necessidade de intensificar a participação do país no contexto da Cooperação Sul-Sul.

5.2 EXPERTISE BRASILEIRA NA ÁREA DA SAÚDE

Verificamos que além do aspecto político para o fortalecimento da atuação brasileira no contexto da CTI prestada em saúde, a expertise técnica em saúde do Brasil contribuiu também para a possibilidade dessa mudança de comportamento do país. Como ressalta a ABC (2007a, p. 1), que a CTI prestada do Brasil em saúde foi possível, não apenas pela “tradição e a reconhecida experiência de instituições de excelência mundial, caso da Fundação Oswaldo Cruz, como também os programas nacionais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, dos quais tornou-se referência mundial o Programa DST/AIDS, já implementado em países da África e América Latina.”

Conforme apresentado no Capítulo 3 desta tese, o Brasil passa a receber CTI em saúde, no início do século XX, de instituições internacionais importantes como o Instituto Pasteur de Paris, a Fundação

Rockfeller dos Estados Unidos, de organizações internacionais como a OPAS, entre outras. Essas cooperações contribuíram de forma relevante para a consolidação dessa expertise brasileira em saúde. Cabe ressaltar que essas cooperações não se deram de forma unilateral, ou seja, apenas no recebimento de conhecimento técnico de instituições dos países desenvolvidos. O Brasil já vinha realizando, desde os anos 1900, pesquisas e investigações nacionais para o controle e prevenção de doenças infecciosas, chamadas pelos países europeus de doenças tropicais. Como os países desenvolvidos não tinham o conhecimento prático e local sobre essas doenças, as cooperações se caracterizaram pela troca de saberes, no qual as instituições estrangeiras forneciam muitas vezes equipamentos e recursos financeiros para as pesquisas laboratoriais e atividades práticas de investigação, e os pesquisadores e as instituições nacionais transmitiam seus conhecimentos e experiências locais.

Desta forma, podemos dizer que no Brasil, o recebimento destas cooperações internacionais técnicas em saúde, se caracterizou de fato pela cooperação e não simplesmente na ajuda ou na assistência unilateral por parte dos países desenvolvidos. Assim, essas cooperações colaboraram para o fortalecimento na formação de profissionais em pesquisa e práticas laboratoriais para diagnósticos no controle de doenças infecciosas; na capacitação de médicos e auxiliares em saúde; na implementação de um Sistema Nacional de Saúde; no fortalecimento de instituições nacionais como a Fiocruz, o Instituto Butantã, entre outras instituições; citando aqui apenas alguns exemplos.

Amado Cervo destaca justamente o bom uso que o Brasil fez dos recursos recebidos da CTI, apontando cinco elementos que deram suporte quase ideais para este desempenho do país:

- a) inserção racional da CTI na política exterior; b) flexibilidade para aceitar fins próprios e não-próprios definidos para a CTI pelos países avançados; c) montagem de um sistema nacional articulado de gerência da cooperação técnica; d) implantação de agências internas bem preparadas em termos de recursos humanos e equipamentos para cooperar; e) filosofia desenvolvimentista a impregnar a opinião (CERVO, 1994, p. 40-41).

Tanto que, por volta dos final dos anos 1970 e 1980, o Brasil já busca firmar acordos de CTI em saúde com alguns países africanos, no entanto, estes acordos acabaram não saindo do papel devido a crise

econômica internacional, que gerou o endividamento dos países da América Latina nos anos 1980. O retorno do Brasil como doador de CTI em saúde ocorreu somente quando o país conseguiu se recuperar economicamente, nos anos 1990. Com a estabilidade econômica, o governo brasileiro passa a buscar a alteração da sua imagem no ambiente internacional, bem como verifica como benéfica a sua participação nas negociações e nos regimes internacionais, se inserindo em temas sociais como direitos humanos, meio ambiente, saúde, entre outros.

Os primeiros projetos de CTI em saúde do Brasil se deram sobre o controle e a prevenção da HIV/Aids, devido ao sucesso das suas políticas públicas nacionais nesta área, se tornando o primeiro país em desenvolvimento a fornecer os medicamento antirretrovirais para o tratamento da Aids de forma universal e gratuita no país. No entanto, no século XXI, outros temas foram inseridos na agenda da CTI prestada do Brasil em saúde, temas estes que também foram bem sucessivos no ambiente doméstico do país. A própria ABC (2007a) coloca que as principais demandas por cooperação prestada do Brasil visam projetos que foram bem sucedidas no contexto nacional brasileiro. Os principais temas demandados são: Malária, HIV/AIDS, Sistema Único de Saúde, Nutrição, Bancos de Leite Humano, Vigilância Ambiental em Saúde, Vigilância Epidemiológica, Geminação de Hospitais, Fármacos e Imunobiológicos. Mas o Brasil tem realizado projetos também sobre temas como Saúde Mental, Bancos de Sangue, Cirurgias cardíacas, Tratamento de Queimados, Câncer, entre outros. Em 2010, segundo a Divisão de Projetos da Assessoria Internacional do Ministério da Saúde, foram 137 programas nacionais exportados (MS/AISA, 2011).

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids do MS é hoje um dos programas nacionais mais exitosos na área da saúde. O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, ligado a Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, criado em 1986, é responsável pelo programa que tem como objetivos reduzir a transmissão do HIV e de outras doenças sexualmente transmissíveis e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas por estas doenças. Uma das ações que mais se destacam nesse programa é a distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais, a partir de 1996. O Brasil enfrentou forte crítica quanto a esta política pública, como o Banco Mundial, que em 2002, declarou: “O impacto causado pela introdução de medidas terapêuticas, como os antirretrovirais em suas diferentes composições e associações e / ou a promoção da saúde e de medidas de proteção, embora evidente, não foram totalmente exploradas ainda” (NOVAES et al., 2002,

p. 10). No entanto, a terapia antirretroviral (TAR) tem se demonstrado bastante eficiente tanto na redução de óbitos como na sobrevivência de pessoas infectadas pela HIV/Aids no Brasil.¹¹² O próprio programa das Nações Unidas sobre a HIV/Aids, a UNAIDS (sigla em inglês - Joint United Nations Program on HIV/AIDS), retrata que

entre as ferramentas biomédicas de prevenção avaliadas até o momento, a terapia antirretroviral é a que oferece maior efeito preventivo. Devido a seu duplo benefício, - salvar a vida de pessoas que vivem com HIV e restringir de modo cabal a propagação do vírus, a terapêutica antirretroviral é um dos pilares de uma resposta eficaz (UNAIDS, 2015, p. 4).

Além dessas ações, este programa visa também campanhas para a prevenção contra a HIV/Aids objetivando a redução de novos casos, como divulgar as formas de contágio, o aumento do uso de camisinha nas relações sexuais distribuindo as mesmas gratuitamente, cuidados com higiene, equipamentos para o uso de drogas, uso de medicamentos como prevenção em caso de risco (BRASIL, 2015c).

Devido ao destaque das ações brasileiras, os países passam a solicitar projetos de cooperação técnica ao Brasil para o controle da HIV/Aids. Isso é iniciado em 1995 com a criação do Grupo de Cooperação Técnica Horizontal em HIV/Aids (GCTH) pelos países da América Latina e Caribe para aumentar a cooperação entre os mesmos. Hoje o Brasil realiza projetos de CTI prestada nesta área com diversos países do mundo. Estes projetos visam: a capacitação em ações de

¹¹² Em estudo intitulado *Global, regional, and national incidence and mortality for HIV, tuberculosis, and malaria during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013*, publicado, em 2014, na *The Lancet*, uma das revistas científicas mais conceituadas da área médica, coloca que houve uma queda maior de mortes por HIV/AIDS no Brasil do que no resto do mundo. No Brasil a queda anual foi de 2,3% entre 2000 e 2013, já no mundo a taxa de queda foi em torno de 1,5%. O estudo também coloca que houve um aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, como resultado do acesso universal ao tratamento antirretroviral e também das políticas de prevenção implantadas. Segundo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, houve uma redução de 13% de óbitos em decorrência da Aids entre 2001 e 2012, corroborando o estudo realizado acima (BRASIL, 2015c).

prevenção, diagnóstico e assistência; apoio ao fortalecimento dos programas nacionais de DST/ AIDS; aos direitos humanos; o intercâmbio em sistemas de informação; e apoio à busca de tratamento universal à população afetada (ABC, 2007a, p. 4).

Além disso, o Brasil também tem feito transferência de tecnologia em fármacos para a produção de genéricos não só de medicamentos antirretrovirais mas também de antidiabéticos, antibióticos, no combate a infecções e a hipertensão. É o caso da cooperação em Moçambique para a construção da fábrica de medicamentos, iniciado em 2003 e inaugurada em julho de 2012, chamada de Sociedade Moçambicana de Medicamentos. Seu custo total foi de 21 milhões de dólares, sendo o principal financiador o governo brasileiro, uma pequena parte foi também financiada pela multinacional brasileira de mineração: a Vale. O projeto prevê a fabricação de 21 medicamentos. A Fiocruz é a instituição responsável pelo projeto, que além da transferência de tecnologia, tem auxiliado na capacitação de técnicos e engenheiros moçambicanos para com treinamentos no Brasil.

Assim, conforme informa a ABC, os principais temas de projetos de cooperação prestada por parte do Brasil na área da saúde são:

- **Malária:** controle do vetor e prevenção da enfermidade; detecção e diagnóstico de casos; controle de qualidade de diagnósticos; e tratamentos efetivos;
- **Sistema Único de Saúde:** apoio à descentralização dos serviços de saúde em outros países e utilização do SUS como modelo de sistema de saúde a ser implementado;
- **Nutrição:** fortalecimento das ações de alimentação e nutrição por meio da implementação de políticas na área, formulação e implementação de ações de prevenção e controle das carências nutricionais (desnutrição, hipovitaminose A, anemia ferropriva e bócio endêmico);
- **Vigilância ambiental em saúde:** vigilância, tratamento, controle e monitoramento da qualidade da água, manejo de resíduos sólidos, manejo de substâncias químicas e resíduos contaminantes, programas de melhoria sanitária domiciliar;
- **Vigilância epidemiológica:** protocolo de patologias para o controle de agravos

compulsórios, capacitações técnicas em resposta rápida para o controle de surtos e epidemias, de acordo com o Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde, Sistema Nacional de Notificação de Agravos e Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, Fortalecimento de Programas de Imunizações, entre outras.

- **Geminação de Hospitais:** localização de um hospital irmão no Brasil que pode apoiar instituição estrangeira em gestão hospitalar, prontuário eletrônico, intercâmbio de especialistas e fortalecimento institucional (ABC, 2007a, p. 4).

Já no estudo realizado pelo Ipea junto com a ABC, no ano de 2010, as principais áreas por número de projetos realizados pelo Brasil no contexto da CTI prestada em saúde, foram: banco de leite humano, vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus* – HIV), dengue, sangue e hemoderivados, vigilância ambiental e sistemas de informação em saúde. As áreas que começam também a despertar interesse por parte dos países receptores, conforme o estudo, são sobre: a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), políticas de descentralização no contexto da saúde, gestão hospitalar, assistência farmacêutica (Farmácia Popular) e saúde do homem (IPEA/ABC, 2013, p. 35).

Ainda conforme o estudo do IPEA/ABC (2013) sobre a cooperação internacional brasileira no ano de 2010, a área que mais se destacou foram os projetos relacionados a criação dos Bancos de Leite Humano (BHL), solicitados por diversos países não só da América Latina e da África, mas também da Europa. O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil foi implantado em outubro de 1943, no então Instituto Nacional de Puericultura, localizado no Rio de Janeiro, atualmente Instituto Fernandes Figueira (IFF)¹¹³ da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A criação deste BLH teve como objetivo reduzir a mortalidade das crianças prematuras. Os bancos de leite humano foram se ampliando, até que, em 1985, é formalizado sua expansão com o programa nacional de incentivo ao aleitamento materno, com a criação de 47 novos BLH. Em julho de 1998 já haviam 104 unidades no país (ALMEIDA, 1999).

¹¹³ Desde 2010, o Instituto recebeu a denominação Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira.

A fim de nortear a formulação, a implantação e o acompanhamento da atuação dos Bancos de Leite Humano no Brasil é criado em 1998, a Rede Brasileira de Bancos de Leite (Rede BLH-BR), por iniciativa conjunta do MS e da Fiocruz (DIPITY, 2016). Atualmente, a Rede BLH-BR é considerada a maior e mais complexa do mundo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (FIOCRUZ, 2015), tendo atualmente 361 unidades cadastradas (REDEBHL-BR, 2016). O programa objetiva a conscientização para a relevância da doação de leite materno que visa atender principalmente crianças prematuras, HIV positivas ou órfãs, reduzindo assim a mortalidade infantil.

A partir do sucesso nacional dos BLH, é iniciado, em 1996, o primeiro Programa de Cooperação Técnica com o governo da Venezuela, criando dois BLH neste país, seguindo o modelo brasileiro. Os projetos de CTI foram ampliados para outros países da América Latina, que, em 2005, no II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano, é criado a Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano, tendo a Fiocruz como órgão responsável pela rede. Em 2008, essa rede foi ampliada para os países da CPLP. Atualmente fazem parte desta rede 23 países¹¹⁴.

Podemos dizer que o sucesso desse programa está relacionado a sua expertise técnica. O desenvolvimento dos BLH no Brasil seguiram contra a maré que retratava as benesses do leite industrializado por volta dos anos 1960 a 1980. Outro aspecto que gerava certa preocupação com relação a criação dos BLH era o risco de contaminação do leite materno que era realizado de forma manual. Assim, a Fiocruz, apoiada pelo MS, passa a realizar investimentos para aprimorar sua técnica, conforme é ressaltado por Almeida (1999, p. 109-110):

¹¹⁴ Os países que fazem parte da Rede Ibero Americana de Bancos de Leite Humano são: Brasil, Espanha com 2 unidades de BLH, Argentina com 5 unidades, Bolívia em fase de implantação, Colômbia com 2 unidades e projeto para implantar mais 3 unidades, Venezuela com 8 unidades, Paraguai com 1 unidade, Uruguai com 1 unidade, República Dominicana com 1 unidade, Equador com 7 unidades, Cabo Verde com 1 unidade, Angola em fase de implantação, Moçambique em fase de implantação, México com 3 unidades, El Salvador com 2 unidades, Portugal com 1 unidade, Peru com 1 unidade, Guatemala com 8 unidades, Honduras com 2 unidades, Costa Rica com 1 unidade, Cuba com 7 unidades, Nicarágua em fase de implantação, Panamá em fase de implantação, Belize em fase de implantação, Haiti em fase de implantação (REDEBHL-BR, 2016).

A rede de bancos de leite humano vem sendo construída progressivamente. Os investimentos em pesquisa permitiram que o Centro de Referência Nacional da FIOCRUZ desenvolvesse metodologias de controle de qualidade adaptadas às típicas *necessidades* nacionais, bem como seguras e sensíveis o suficiente para serem praticadas na rotina. O custo da análise por amostra foi reduzido substancialmente e as técnicas de processamento foram adaptadas a modelos seguros e também de baixo custo. Esta nova realidade operacional possibilitou que se enfrentassem com tranquilidade técnica os agravos e riscos decorrentes do advento da AIDS. Enquanto em várias regiões do mundo os bancos de leite foram fechados, por temor a questões de segurança operacional e risco biológico, o Brasil viveu um franco e seguro processo de expansão, uma vez que já haviam sido consolidados os cuidados essenciais para garantir a qualidade do leite humano ordenhado.

Assim, observa-se que expertise técnica em saúde da Fiocruz foi determinante para a manutenção do programa nacional sobre os BLH tanto no nível nacional como no nível internacional com a realização de projetos de CTI com os países da América Latina inicialmente. Não cabe aqui desenvolver sobre todos os projetos e programas nacionais implementados pela Fiocruz, mas ressaltar a relevância da Fiocruz no contexto da CTI prestada em saúde do Brasil. Centro de excelência mundial, com mais de 100 anos de existência, tem sido responsável por diversos projetos de cooperação internacional em saúde. Além do programa BLH, a Fiocruz se destaca em projetos de CTI na formação de profissionais em diferentes áreas da saúde fornecendo cursos técnicos como de pós-graduação; capacitação em serviços na área da saúde; implantação e reformulação dos Institutos Nacionais de Saúde; transferência de tecnologia para a área de produção de fármacos; apoios diferenciados para o fortalecimento dos sistemas de saúde; entre outros.

No entanto, apesar da expertise brasileira em saúde, não quer dizer que no Brasil não haja problemas relacionados a saúde pública como: deficiência na qualidade e na rapidez aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), falta de hospitais, serviços assistenciais de média e alta complexidade congestionados, negligência no controle de vetores como

o *Aedes aegypti*, causador da Dengue, do Zika Vírus e do Chikungunya, no qual tem ocorrido surtos atualmente no Brasil, entre outras dificuldades.

Uma das críticas sobre esses problemas é a falta de financiamento governamental em saúde, que destina apenas em torno de 4% do seu PIB com gastos em saúde, enquanto que países desenvolvidos com sistemas universais em saúde, como Canadá, França, Suíça e Reino Unido, destinam em torno de 7% a 9% do seu PIB (BRASIL, 2016a). Outro fator que tem gerado críticas no ambiente doméstico é a falta de medidas governamentais em saúde pública. Enquanto o Brasil adotou medidas eficazes no controle e na prevenção da HIV/Aids, outras doenças foram negligenciadas, representando no fracasso no controle e na prevenção das mesmas no ambiente doméstico.

Apesar dos problemas citados acima, o Brasil adquiriu uma *capacity buiding*, que possibilitou o sucesso de diversos programas na área da saúde no contexto nacional e que passaram a ser exportados para outros países. Assim, podemos dizer que essa expertise, ou em outras palavras, a *capacity buiding* do Brasil na área da saúde, desenvolvida por meio de cooperações técnicas recebidas no século passado como de conhecimentos locais, permitiram que o Brasil pudesse ser hoje um doador de CTI na área da saúde.

5.3 CRESCIMENTO ECONÔMICO BRASILEIRO NO GOVERNO LULA E A CONJUNTURA ECONÔMICA INTERNACIONAL

Outro aspecto que contribuiu para o aumento da alocação de recursos financeiros em cooperação internacional de determinado país é sua boa conjuntura econômica. Durante o governo Lula (2003-2010), o Brasil foi caracterizado por forte crescimento econômico. Desta forma, houve um aumento expressivo do orçamento da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) neste período, que direcionou, em 2010, R\$ 65 milhões de reais para a agência, muito maior do que foi direcionado pelo governo FHC que no seu segundo mandato, direcionou cerca de R\$ 4,5 milhões de reais para a agência (LIMA, 2012a, p. 61).

O Brasil começa a se destacar economicamente a partir da sua industrialização iniciada por volta dos anos 1930, mas é entre os 1968 e 1973 que ocorre o “milagre econômico” com taxa de crescimento do PIB de 9,8% a.a. em 1968 para 14% a.a. em 1973. No entanto, com as crises do petróleo, em 1973 e 1979, os anos 1980 é conhecido como a “década perdida”, no qual não só o Brasil, mas toda América Latina é marcada por

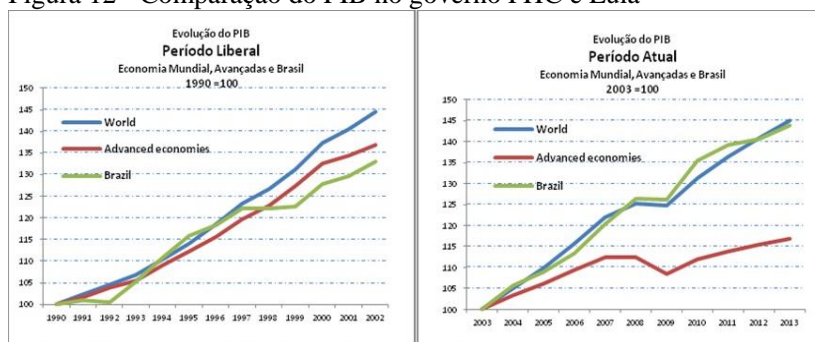
um período de recessão econômica. Como consequência da crise, no Brasil há um aumento da inflação, redução do crescimento do PIB, aumento do desemprego, retração da produção industrial e elevado déficit fiscal.

A recuperação do Brasil passa a ocorrer somente com a implementação do Plano Real, em fevereiro de 1994, que teve como estratégia a desindexação da economia e a adoção de uma nova moeda, o Real. Este plano teve início no governo Itamar, planejado pelo seu ministro da Fazenda, futuro presidente do Brasil nos anos de 1995-2002, Fernando Henrique Cardoso. No governo FHC é mantido o Plano Real com uma forte abertura econômica tendo como base as políticas neoliberais preconizadas pelo Consenso de Washington. No início do seu governo houve um certo crescimento econômico do país, mas com as crises econômicas mundiais, principalmente da Ásia, em 1997, que eleva os juros internacionais, o Brasil é afetado, não conseguindo manter seu crescimento. A fim de controlar a inflação e o baixo crescimento, o governo adota a desvalorização do Real, em 1999.

Em resumo, o governo de FHC foi caracterizado pelo baixo desenvolvimento econômico, com crescimento do PIB em 2,32% a.a. enquanto o PIB mundial cresceu 3,43%, apesar das privatizações houve o endividamento da dívida pública e o aumento do desemprego. Assim, devido as crises econômicas mundiais no final dos anos 1990, que afetou fortemente a economia brasileira, e a adoção de práticas neoliberais que reduziu os investimentos do governo na área social, acabaram contribuindo na menor alocação de recursos para projetos de cooperação técnica internacional no governo FHC. Apesar de ter iniciado projetos de cooperação técnica internacional prestada na área da saúde, podemos dizer que uma das razões para a falta de ênfase nessa área foi o atual contexto econômico do Brasil nesse período.

Já no governo Lula, a conjuntura econômica mundial passa a ser caracterizada pelo forte crescimento econômico dos países emergentes, conforme Figura 12. Apesar do Brasil enfrentar certa crise, em 2003, devido a insegurança com relação ao país por assumir a presidência da República um líder político de linhas socialistas e que pregava nos seus discursos de campanha eleitoral a necessidade da mudança e da ruptura do que vinha sendo realizado pelos governos anteriores. Mas quando assume a presidência, Luís Inácio Lula da Silva, mantém as políticas econômicas do governo anterior, retomando a confiança dos investimentos internacionais sobre a credibilidade do país.

Figura 12 - Comparação do PIB no governo FHC e Lula



Fonte: FMI. Elaborado por: Alves Jr; Teixeira (2014).

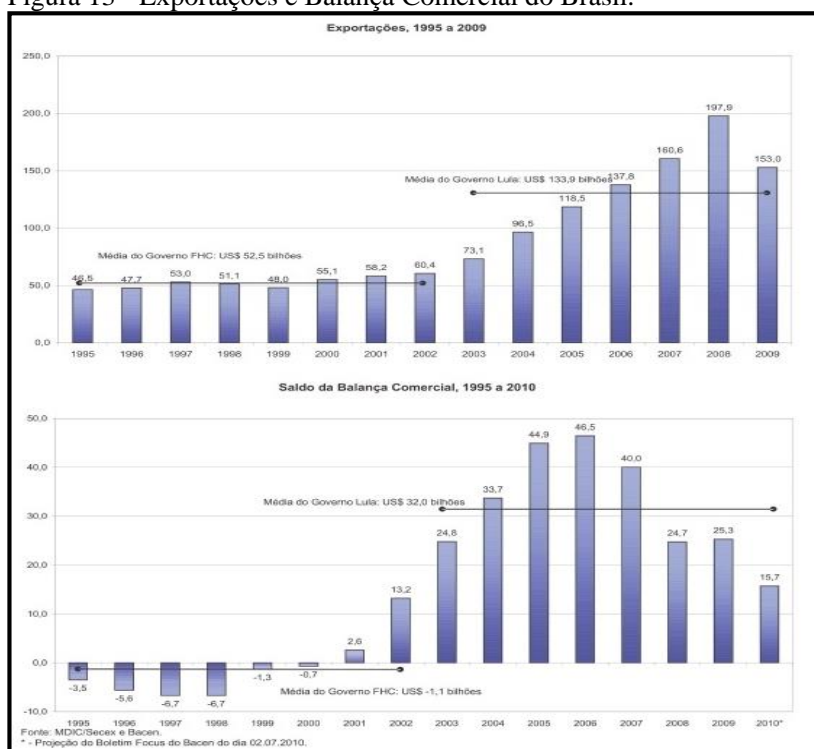
O governo Lula foi caracterizado por saldos positivos na sua balança comercial, conforme Figura 13, que segundo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), as exportações brasileiras cresceram em 330%. Com a balança comercial apresentando superávits, foi possível acumular reservas internacionais e reduzir a dívida pública. Houve também o aumento dos empregos formais, redução da inflação e dos juros, diminuição da pobreza no país, aumento de investimentos na área da saúde, educação, infraestrutura, entre outras áreas (DUTRA; FERRO, 2010). Em resumo, aliado a boa conjuntura internacional com políticas econômicas que mantiveram a estabilidade econômica, o Brasil manteve a média de crescimento do PIB em 4,05% a.a. enquanto o PIB mundial foi de 3,9% a.a.

Um dos destaques da balança comercial brasileira no governo Lula foi o enfoque na produção agrícola, despontando como uma das maiores potências exportadoras agrícolas do mundo. Devido ao aumento do preço das *commodities* no mercado internacional, o governo brasileiro passa a dar grandes incentivos nesse setor, aumentando a produção do país. Os produtos que se destacaram foram: café, cana-de-açúcar, suco de laranja, soja, milho, carne bovina, e aves. A Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) tem sido a grande contribuidora para o êxito brasileiro no contexto agrícola, sendo demandado também por CTI nessa área (BARBOSA, 2012).

No governo Lula, as relações comerciais com os países emergentes aumentou significativamente, fazendo da China seu principal parceiro comercial em 2009 (PORTAL BRASIL, 2010). O foco do governo teve como base a Cooperação Sul-Sul e diversificar sua agenda e seus

parceiros comerciais. Além dos países da América do Sul, tradicionais parceiros comerciais do Brasil, foi intensificado o estreitamento das relações com os demais países dos BRICS¹¹⁵ (termo criado pelo economista inglês, Jim O'Neill, em 2001, para se referir a Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul, respectivamente). Outra manifestação desse interesse foi o Fórum de Diálogo Índia, Brasil e África do Sul (IBAS), criando em 2003, por meio da Declaração de Brasília, que atua em três vertentes principais: coordenação política, cooperação setorial e Fundo IBAS (BRASIL, 2015d).

Figura 13 - Exportações e Balança Comercial do Brasil.



Fonte: Dutra e Ferro (2010).

¹¹⁵ Com o aprofundamento das relações comerciais entre os mesmos, atualmente é conhecido como um grupo de cooperação, que tem como principais objetivos: a coordenação em reuniões e organismos internacionais; e a construção de uma agenda de cooperação multisetorial entre seus membros (BRASIL, 2015d).

O Brasil, a partir de 2003, no governo Lula, também buscou aprofundar suas relações com os demais países da África, sendo uma das prioridades da sua política externa. Atualmente, o Brasil conta com 37 embaixadas no continente (BLOG DO ITAMARATY, 2016), sendo que dezoito foram abertas ou reativadas neste período¹¹⁶. Na visão do governo Lula, as mesmas contribuíam para a identificação de novas oportunidades para o comércio bilateral do Brasil com a África, que segundo Diretor do Departamento da África do Ministério das Relações Exteriores, Nedilson Ricardo Jorge, cresceu mais de 400% entre 2002 e 2014, ou seja, de US\$ 5 bilhões para US\$ 26, 8 bilhões (JORGE, 2015).

Importante destacar que as embaixadas também são relevantes para a intensificação da CTI prestada do Brasil, já que as mesmas servem para divulgar as áreas em que o país pode realizar projetos, contribuindo assim para a realização de projetos outros países, não somente os da CPLP. Conforme é colocado por Luiz Eduardo Fonseca, responsável pela divisão de África do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da FIOCRUZ, que boa parte dos projetos realizados com a África, “os países encaminham seus pedidos às embaixadas brasileiras no exterior e essas reencaminham os pedidos à ABC/MRE, que procura as instituições relacionadas ao assunto” (LIMA, 2012a, p. 70).

O grande destaque das relações econômicas do Brasil na África é a inserção das empresas brasileiras nos países da região principalmente nos setores da construção civil, mineração e energia. A Vale é uma das que mais investem, realizando seu segundo maior projeto em Moçambique, em torno de US\$ 8 bilhões, direcionado na produção de carvão e projetos de infraestrutura e escoamento deste produção. As maiores construtoras brasileiras (Odebrecht, Andrade Gutierrez, Camargo Correa e Queiroz Galvão), tem atuado fortemente na região com projetos de infraestrutura viária e energética, saneamento e habitação. O país que tem recebido os maiores investimentos destas empresas é Angola, membro da CPLP, junto com Moçambique (JORGE, 2015).¹¹⁷

¹¹⁶ As dezoito embaixadas são: São Tomé e Príncipe, República Democrática do Congo e Nigéria, em 2003; Etiópia, Tanzânia e Camerão, em 2005; Sudão, Guiné, Benin, Togo e Guiné Equatorial, em 2006; Botsuana e Zâmbia, em 2007; Mali, Congo e Burkina Faso, em 2008; Mauritânia, Serra Leoa e Libéria, em 2010.

¹¹⁷ Os investimentos para a inserção das empresas brasileiras no continente africano no período do governo Lula foram realizados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) do Brasil.

No entanto, é importante ressaltar que o crescimento econômico do Brasil não ocorreu somente por causa dos saldos positivos da sua balança comercial e da continuidade das políticas econômicas adotadas nos governos anteriores, garantindo a estabilidade econômica nacional. Segundo o economista, Leandro Roque, os países emergentes foram favorecidos pelo enfraquecimento do poder da moeda americana, o Dólar.¹¹⁸ Isso foi causado pelas intervenções militares dos Estados Unidos no Afeganistão, em 2002, e no Iraque, em 2003, gerando o endividamento da economia americana. No Brasil, a desvalorização do dólar no sistema internacional, permite a manutenção dos preços no país, apesar do aumento da renda e do crédito neste período. Porque? Qual a relação? A relação é além da manutenção dos preços dos produtos importados, também que manteve os produtos nacionais que utilizam insumo de componentes importados e que são muitos no Brasil. O preço dos remédios, combustíveis, maquiagem, commodities (já que as mesmas são indexadas ao dólar), entre outros. Assim, podemos dizer que foi uma soma de fatores que possibilitou o crescimento econômico do Brasil no governo Lula.

Constatamos que o bom andamento da economia brasileira, favoreceu no aumento da alocação de recursos governamentais do governo brasileiro para a realização de projetos de CTI aos países em desenvolvimento. Conforme destaca Pedro Henrique Batista Barbosa, diplomata de carreira, que “o estágio de desenvolvimento alcançado pelo Brasil permitiu que o país se destacasse como grande fornecedor de cooperação internacional” (BARBOSA, 2012, p. 122). Assim, com o crescimento econômico neste período, o governo brasileiro pode alocar recursos financeiros para investir nesses projetos. Cabe ressaltar que os projetos de CTI realizados pelo Brasil também podem ser financiados por agências de outros países ou por organizações internacionais, que são chamados de cooperação triangular. No entanto, conforme dados apresentados no capítulo 4, houve o aumento dos investimentos por parte do governo brasileiro para a realização de projetos CTI, sendo possível a partir do crescimento econômico do país neste período.

Não estamos negando aqui a importância do *capacity building* brasileiro em saúde para o incremento das ações de CTI prestadas por parte do Brasil na área da saúde, mas destacando que o crescimento

¹¹⁸ “O que realmente permitiu o grande crescimento econômico brasileiro da última década”, artigo realizado por Leandro Roque, publicado no Instituto Ludwig von Mises Brasil (INSTITUTO LUDWIG VON MISES BRASIL, 2016).

econômico e a estabilidade econômica do país no período do governo Lula favoreceu para a diversificação da sua agenda internacional.

A boa situação econômica do país na maior parte do governo Lula, permitiu por exemplo, a intensificação da diplomacia presidencial, no qual angariou para o Brasil novos parceiros políticos e comerciais. A doação de CTI foi utilizada como um dos instrumentos da diplomacia presidencial para a aproximação e estreitamento das relações do Brasil com os países do Sul.

Nesse contexto, destacamos que a doação de CTI por parte do Brasil aos países em desenvolvimento não foi baseada apenas na solidariedade, mas também por interesses econômicos e políticos. Cláudia Conde, que desenvolveu um dos primeiros estudos sobre a relevância da CTI, destaca que “as ações de cooperação técnica desenvolvem-se em estreita vinculação com a cooperação econômica, à medida que suscitam demandas por bens e serviços entre países parceiros” (CONDE (1990, p. 85).

5.4 INTERDEPENDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

Nye (2009) aponta que a forma mais antiga de globalização é a ambiental pela facilidade que as doenças atravessam as fronteiras nacionais. No entanto, o tempo que levava para as epidemias chegarem à outros continentes era muito maior do que é hoje, devido o atual contexto da globalização. Verificada como redes mundiais de interdependência, a atual globalização tem tornado as fronteiras nacionais cada vez mais insignificantes, devido ao aumento da circulação de pessoas, mercadorias, capital e informações, impedindo que os Estados sejam capazes de controlar esses fluxos dentro dos seus territórios.

A primeira epidemia de varíola de que se tem notícia aconteceu no Egito, em 1350 a.C. Ela chegou à China em 49 d.C.; na Europa depois de 700; nas Américas em 1520; e na Austrália em 1789. A Peste Negra originou-se na Ásia, mas sua disseminação matou de um quarto e um terço da população da Europa no século XIV.[...] Desde 1973, surgiram trinta doenças infecciosas até então desconhecidas e outras doenças bem conhecidas têm-se espalhado geograficamente em novas modalidades resistentes a medicamentos. Nos vinte anos subsequentes à identificação do HIV/Aids na

década de 1980, essa doença matou 20 milhões de pessoas e infectou outros 40 milhões ao redor do mundo (NYE, 2009, p. 245).

Desta forma, como comentado no Capítulo 1 desta tese, a cooperação internacional na área da saúde não é recente. A mesma foi iniciada com a Revolução Industrial pelos países com o principal objetivo de controlar as doenças infecciosas para que as mesmas não prejudicassem o comércio internacional. No século XIX e início do século XX, as cooperações passam a envolver outras questões sobre a saúde como a criação de sistemas nacionais de saúde; capacitação de profissionais e auxiliares em saúde; investimentos em pesquisas, laboratórios e diagnósticos para o controle e prevenção de doenças; entre outros. Mas apesar desses avanços, a saúde permanecia como “*low politics*” no sistema internacional, colocada como tema secundário envolvendo outras preocupações como comércio, transporte, turismo e migração.

Com a criação, em 1945, da Organização das Nações Unidas (ONU) passa a haver um certo aumento da preocupação internacional para temas sociais, sendo realizadas Conferências Internacionais com o objetivo de fomentar o aumento da cooperação internacional entre seus membros, hoje com 193 Estados participantes, para problemas internacionais que não eram possíveis de serem resolvidos de forma individual. As discussões passam a envolver temas como direitos humanos, desenvolvimento social, meio ambiente, saúde, entre outros. No entanto, com a disputa bipolar entre Estados Unidos e União Soviética, entre os anos de 1940 a 1990, pela hegemonia do sistema internacional, a agenda internacional foca como prioridade a questão militar. Somente com o final da Guerra Fria é que os temas sociais passam a ganhar maior relevância nas discussões internacionais.

Um desses temas é a saúde, que com a globalização contemporânea, problemas como por exemplo doenças infecciosas, bioterrorismo, impactos ambientais, entre outros, passam atravessar as fronteiras dos Estados de forma muito mais rápida do que foi no passado, necessitando de medidas conjuntas para serem resolvidas. Segundo Dodgson, Lee e Drager (2002), devido a complexidade dos problemas e a insuficiência estatal de resolvê-los, passa haver a percepção da necessidade de ações coletivas mais eficazes por parte dos governos, organizações internacionais, empresas privadas, organização não-

governamentais e sociedade civil de forma a reavaliar e melhorar administrar os determinantes relacionados a saúde pública.

Um dos acontecimentos mais importantes nesse contexto, foi a assinatura por parte de 191 países, inclusive o Brasil, da Declaração do Milênio das Nações Unidas, no ano 2000, que definiu o compromisso de realizar 8 Metas para o Desenvolvimento do Milênio (Figura 14), sendo 5 destas relacionadas a saúde. Esta Declaração representou no marco político da relevância da saúde num contexto global, percebida como de interesse coletivo, passando a ser considerada fator importante para o crescimento econômico e desenvolvimento social, refletindo na política externa, na soberania nacional, no comércio, na segurança, no turismo, nos direitos humanos e no contexto ambiental.

Figura 14 - As Oito Metas para o Desenvolvimento do Milênio



Fonte: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2015).

Assim, o termo “saúde pública” e “saúde internacional” passam a ser alterados para a utilização do termo “Saúde Global”. Conforme já citado no Capítulo 1, “Saúde Global” refere-se a problemas “[...] que transcendem as fronteiras e os governos nacionais e demandam ações das forças globais que determinam a saúde dos povos” (KICKBUSCH, 2006, p. 561). Assim, a saúde passa a ser considerada como um “bem público

global”, ou seja, a busca pela existência da mesma, de forma adequada, a toda coletividade e que haja a possibilidade que seus benefícios sejam disponíveis a todos (KICKBUSCH, 2013). No entanto, segundo Fortes e Ribeiro (2014, p. 369), a Saúde Global compartilha o objetivo da saúde pública que tem como “foco na saúde da coletividade, a interdisciplinaridade e ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde humana” e da saúde internacional que tem como foco a “abordagem para além das fronteiras nacionais”.

Partindo de um contexto chamado de “Governança Global em Saúde”, muitos atos e programas internacionais passam a ser realizados depois dos ODM, colocando a relevância da Saúde Global. O objetivo aqui não é citar todas as declarações que podem estar relacionadas ao tema, mas citar as mais relevantes como: a Declaração sobre o Acordo de Trips e Saúde Pública, da OMC, em 2001, que reconhece a possibilidade da licença compulsória em casos de crise na saúde pública; o Consenso de Monterrey (México), em 2002, sobre o Financiamento para o Desenvolvimento; a resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Cooperação Técnica e Econômica entre os Países em Desenvolvimento, em 2004, que reconhece a importância destas cooperações no contexto da Cooperação Sul-Sul; entre outros (NETHIS, 2015).

Nesse sentido, verificamos como variável importante para a mudança do comportamento do Brasil manifestada pela sua intensificação e busca da liderança como doador de cooperação técnica internacional entre os países em desenvolvimento na área da saúde, o aumento da complexidade da interdependência na área da saúde, tornando este tema relevante na agenda internacional. Assim, a partir da preocupação com os riscos e as ameaças geradas pela atual globalização relacionadas a saúde e tendo como objetivo cumprir os compromissos afirmados na Declaração do Milênio, o Brasil insere o tema da saúde como relevante na sua política externa. Esse fato é assumido na Declaração Ministerial de Oslo, em 2007, no qual, os ministros das Relações Exteriores do Brasil, França, Noruega, Indonésia, Senegal, África do Sul e Tailândia reconhecem inserir os assuntos relacionados à Saúde Global como uma das prioridades de sua política externa.

5.5 RECONHECIMENTO DO BRASIL COMO POTÊNCIA MÉDIA

Outro aspecto que influenciou na consolidação do Brasil como doador de CTI foi sua busca pela liderança entre os países em

desenvolvimento. Tendo em vista que a CTI é um instrumento da política externa, o país tem utilizado a CTPD como forma de melhorar sua inserção como potência emergente no sistema internacional. Conforme é colocado por Pedro Henrique Barbosa, diplomata de carreira, que um dos níveis da efetividade instrumental da CTPD brasileira está voltada “para o processo de construção de legitimidade, credibilidade e liderança do país no cenário internacional, sobretudo, mas não apenas, como ator relevante nos esforços de cooperação horizontal” (BARBOSA, 2012, p. 123).

É desenvolvido o termo “Potência Média” para caracterizar quando um país possui um “status” de intermediário no sistema internacional, ou seja, um país que possui recursos e capacidades e que procura se inserir no ambiente internacional, buscando um lugar junto às grandes potências, mas que tem poder limitado devido suas fragilidades internas, como dependência econômica, tecnológica, problemas sociais, entre outros. Para Ricardo Sennes, potência média pode ser explicada:

[...] como um Estado intermediário que dentro do sistema internacional se diferencia das grandes potências ao mesmo tempo em que se distingue dos países pequenos ou pouco expressivos neste mesmo sistema. Pois, conseguem afetar o sistema internacional de modo limitado ao mesmo tempo em que participam intensamente dos sistemas regionais e sub-regionais (SENNES, 1998, p. 396).

O poder da potência média no cenário internacional pode ser percebido como a habilidade da mesma em influenciar o ordenamento no sistema internacional, em outras palavras, ser capaz de propagar suas próprias iniciativas, ocupando com isso lugar estratégico entre as grandes potências, apesar de apresentar poder limitado devido aos seus constrangimentos domésticos. Keohane (1969, p. 295) destaca que potências médias são *system-affecting states*: Estados que não conseguem influenciar os rumos do ordenamento mundial em termos individuais, mas que conseguem influenciar o sistema internacional por meio de alianças e articulações coletivas nos âmbitos regional e global. O autor insere nesse contexto a dimensão psicológica que seria o reconhecimento das próprias “Potências Médias” acerca do seu *status* no cenário internacional e determinarem as suas práticas como tal.

Nesse contexto, a auto-percepção que a potência média faz de si influencia, por sua vez, no modo como o país é identificado e reconhecido pela sociedade internacional. Para Alexander Wendt (1999), “identidade” é um processo intersubjetivo e cognitivo, atribuído ao papel dos valores e das ideias vigentes. Assim, não só as capacidades materiais conduziram as ações de um Estado, mas suas crenças sobre si mesmo e como é visto por seus parceiros. (Wendt, 1992). Entendendo que a cultura pode ser compreendida como um sistema de valores, a mesma passa ser um fator relevante para explicar a condução do comportamento de um Estado no sistema internacional (SUPPO; LESSA, 2007; WENDT, 1999). Nesse contexto, destacamos também outro fator determinante que influenciou na consolidação do Brasil como doador de CTI aos países em desenvolvimento, por sua vez, pelo auto-reconhecimento como potência com capacidade de exercer liderança e influenciar no cenário internacional.

Autores como Lafer (2001) e Cervo e Bueno (2002) ressaltam que o comportamento do Brasil no âmbito internacional, alicerçado na ideia de que o país possuía um lugar de destaque nas questões internacionais, ocorre a partir do início do século XX (LAFER, 2001; CERVO; BUENO, 2002). No entanto, é no governo Lula que há uma grande reestruturação da estratégia de inserção internacional do país, representada na condução mais ativa da sua política externa, diversificação de seus parceiros e na defesa mais contundente dos interesses nacionais seja no contexto regional como global. Assim, segundo Pecequillo (2008), enquanto FHC procurava o reconhecimento internacional do Brasil por meio da inserção aos regimes internacionais e mantendo os EUA como principal aliado, Lula objetivava reformular a imagem internacional do país como uma potência média emergente, com envergadura capaz de defender seus interesses e demandar normas mais justas e equitativas no cenário internacional.

É destacado nos discursos¹¹⁹ proferidos por Lula e Celso Amorim a alteração da percepção do país quanto sua relevância no cenário internacional. A saber,

¹¹⁹ Foram escolhidos alguns discursos a fim de destacar: a alteração da percepção do próprio país quanto sua importância no cenário internacional; a inserção internacional do país e sua busca pela liderança nos fóruns internacionais; a defesa por cooperações mais justas e solidárias; e as motivações para o país ser um doador de CTI.

Queremos uma política externa que seja a cara deste Brasil. [...] que seja mais do que uma forma de projeção nossa no mundo, que seja, também, um elemento consubstancial de nosso projeto nacional de desenvolvimento. [...] Temos que ocupar o lugar que nos cabe no mundo, na defesa dos interesses nacionais. [...] Hoje, o Brasil transita em qualquer fórum sem buscar confrontos, mas sem medo de discordar. Conversamos com todos de igual para igual, afinal, recuperamos a nossa auto-estima (LULA DA SILVA, 2007).

No governo Lula, a ideia de autonomia significava conduzir a política externa brasileira sem submissão das grandes potências. Desta forma, a direção da mesma se diferenciou dos governos anteriores, pois “o país aprendeu a tomar conta do seu nariz” (LULA DA SILVA, 2010a), desenvolvendo uma “diplomacia independente, sem subserviências e respeitosa de seus vizinhos e parceiros” (AMORIM, 2010a). Assim, o Brasil quebra com “‘aquela velha opinião’ de que exercer, na cena internacional, o protagonismo compatível com a nossa grandeza – não só econômica, mas também política e cultural – seria inútil ou, mesmo perigoso. O Brasil soube desafiar o falso paradigma de que nossa política externa deveria pautar-se pela noção da ‘limitação de poder’. Esta, por sua vez, se baseava numa contabilidade falsa, [...] da nossa capacidade de buscar soluções inovadoras e criativas para velhos problemas” (AMORIM, 2010c).

Com base nos discursos acima, podemos identificar o auto reconhecimento do país como uma potência média, diferenciando-se do passado. Houve uma “mudança de paradigma de desenvolvimento [...] refletido na atuação externa do Brasil. Passamos, claramente, de uma submissão aos desígnios de uma ordem internacional alegadamente inexorável para uma inserção ativa em um contexto internacional marcado por grandes transformações [...] O Brasil é um país grande e é um grande país” (AMORIM, 2010b). Assim, a política externa no governo Lula buscou contestar com “‘aquela velha opinião formada sobre tudo’: opinião de que a integração sul-americana e latino-americana era um ideal inatingível; de que o comércio Sul-Sul era um objetivo puramente ideológico; de que uma nova geografia comercial e política era uma quimera. Sobretudo contrapôs-se ao conceito, ou melhor dizendo ‘pré-conceito’, de que as questões globais só podem ser decididas entre os países ricos” (AMORIM, 2010c).

No contexto da liderança, o discurso brasileiro tem destacado seu papel ativo nos fóruns internacionais na defesa dos interesses dos países em desenvolvimento, conforme abaixo:

A constituição do G-20 da OMC na reunião ministerial de Cancun em 2003, em torno da liberalização dos mercados agrícolas dos países ricos, mudou para sempre o padrão das negociações comerciais multilaterais. Isso não poderia ter ocorrido sem o ativo empenho da diplomacia brasileira. Em Cancun, não somente tivemos o desassombro de enfrentar os poderosos e desafiar os paradigmas estabelecidos. Procuramos e logramos fazer convergirem as posições dos países em desenvolvimento, em favor de um desenlace que não violentasse os interesses dos mais pobres (AMORIM, 2010c, grifo nosso).

Dessa maneira, podemos observar que o discurso brasileiro na gestão Lula destacou a legitimidade e a responsabilidade do país em defender os interesses dos países em desenvolvimento que buscam por cooperações mais justas e horizontais, “reparando injustiças do passado e corrigindo assimetrias do presente” (AMORIM, 2010c). Assim, uma das prioridades do país seria “atender às expectativas dos países mais pobres” (LULA DA SILVA, 2010b), já que o país encontra-se “em posição privilegiada para fazer ouvir a voz dos países emergentes e contribuir para assim encontrarem respostas concretas aos desafios contemporâneos” (LULA DA SILVA, 2010c).

Além dessa defesa brasileira nos fóruns internacionais, também é ressaltado a redução dos superávits do país nas relações comerciais com os países do Sul: “o Brasil tem procurado fazer um esforço muito grande para reduzir seus superávits – não por meio da redução de suas exportações, é claro, mas com o aumento das importações dos países” (AMORIM, 2010b) da América Latina e Caribe e do continente africano. Em vista que a ênfase da política externa do governo Lula foi a Cooperação Sul-Sul, o governo brasileiro buscou aprofundar a integração econômica e política dos países da América do Sul e como as cooperações com os países africanos.

Com relação aos países africanos, é verificado esse esforço brasileiro de reduzir seus superávits comerciais. Apesar do grande aumento das relações comerciais brasileiras com a África, que cresceu

mais de 400% entre 2002 e 2014, de forma geral, o saldo da balança comercial tem sido deficitário para o Brasil, havendo um grande aumento das importações brasileiras advindas dessa região (JORGE, 2015). A partir do século XXI, não só o Brasil, mas outros países emergentes como China e Índia, passam a considerar a África como uma região estratégica para o futuro, não só pelos seus recursos naturais, mas em um grande mercado de consumo.

Assim, no governo Lula, o discurso brasileiro destacou que sua aproximação com a África foi motivada tanto pelos “traços físicos, espirituais e culturais, que fazem do Brasil a segunda maior nação negra do mundo” (LULA DA SILVA, 2010b), como pela dívida histórica do país aos povos africanos devido a escravidão iniciada no país no século XVI e só foi abolida em 1888 (AMORIM, 2013). Desta forma, “não é mais uma coisa de benevolência, é uma coisa de decisão de Estado, de decisão de um povo, que aproximar-se do continente africano e estender ao continente africano parte das políticas públicas que nós fazemos no Brasil” (LULA DA SILVA, 2010b).

Nesse contexto, o Brasil tem destacado que a sua CTI prestada aos países em desenvolvimento baseiam-se num contexto de solidariedade, conforme é destacado por Celso Amorim:

A cooperação técnica é um instrumento central da ação externa brasileira. A cooperação que o Brasil promove num verdadeiro espírito Sul-Sul privilegia a transferência de conhecimento, a capacitação, o emprego da mão-de-obra local e a concepção de projetos que reconheçam a realidade específica de cada país. A solidariedade que anima o relacionamento do Brasil com outros países em desenvolvimento é pilar fundamental de nossas ações de cooperação (ABC, 2010, p. 5).

Importante destacar que, segundo o discurso brasileiro no governo Lula, esta solidariedade tem sido reconhecida pelos países do Sul. O embaixador Celso Amorim, em uma entrevista sobre o futuro das relações entre África e Brasil, no ano de 2015, relata que em uma visita que fez na Namíbia quando era Ministro da Defesa, o presidente deste país africano na época havia lhe dito: “O Brasil não nos dá o peixe; o Brasil nos ensina a pescar”. Ainda na entrevista, Amorim ressalta que as ações do Brasil em saúde na África fizeram o país se destacar na Diplomacia da Saúde: “Eu nunca pude imaginar que nós íamos ter um mestrado de Diplomacia

da Saúde. Claro que, em grande parte, em função das ações que o Brasil desenvolveu na África, não só, mas em grande parte”. O ex-chanceler ainda destaca: “existe um reconhecimento que o Brasil tem legitimidade, que o Brasil vai dizer, vai ser ouvido” (AMORIM, 2015, p. 24-25).

Dessa maneira, com base nos discursos mencionados acima, observamos que o governo Lula procurou inserir o Brasil como uma potência emergente, resultando em uma quebra de paradigma, caracterizada pelo crescimento econômico do país; pela condução da política externa brasileira com autonomia, livre da imposição dos interesses dos países desenvolvidos; e pelo exercício da liderança e de iniciativas próprias no cenário internacional. Também é destacado pelo referido governo brasileiro, o reconhecimento por parte dos seus parceiros do Sul a legitimidade que o Brasil tem para agir como potência média sendo o porta voz dos mesmos nas discussões internacionais.

Outro aspecto verificado é que esse discurso de solidariedade no contexto das CTI prestadas do Brasil aos países em desenvolvimento, especialmente aos africanos, tem contribuído não só no aumento das relações comerciais entre os mesmos, mas o apoio destes países ao Brasil em outras esferas internacionais. Isso é observado no discurso do Lula, na sua gestão como presidente da República, em 2006, na sua visita a República da Botsuana, quando o mesmo destaca sobre os diversos avanços já ocorridos na área da CTI entre os dois países, como o projeto sobre a prevenção e o controle do HIV/Aids neste país. Ressalta também as negociações em andamento sobre a construção de uma área de livre-comércio entre o Mercosul e a União Aduaneira da África Austral, e o apoio de Botsuana pela candidatura do Brasil em ser membro permanente do Conselho de Segurança da ONU:

O compromisso de Botsuana com a democratização dos mecanismos multilaterais explica por que seu país, senhor Presidente, foi escolhido pela União Africana para negociar a reforma do Conselho de Segurança das Nações Unidas. O Brasil é profundamente agradecido pelo apoio de Botsuana à sua candidatura a membro permanente do Conselho (LULA DA SILVA, 2006, p. 3, grifo nosso).

Além da busca pelo apoio dos seus parceiros estratégicos nos fóruns internacionais, reforçando sua posição de líder dos países em desenvolvimento, o governo Lula se caracterizou pelo grande aumento da

sua Diplomacia Cultural. Segundo o Itamaraty, a diplomacia cultural visa promover a divulgação da cultura e das artes brasileiras em suas diversas dimensões, buscando incentivar a cooperação cultural e o ensino da língua portuguesa, ressaltando não só a singularidade da cultura do Brasil, mas as afinidades culturais que dão impulso a aproximação com outros povos. Ainda segundo o Itamaraty, a diplomacia cultural tem sido importante instrumento para “para estimular os diálogos político e econômico, pois fomenta o entendimento mútuo e cria confiança, interesse e respeito entre as nações” (BRASIL, 2016b).

Nesse sentido, o governo Lula a fim de estimular uma cooperação brasileira a partir do elo cultural linguístico, abriu Centros Culturais Brasileiros em Angola, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Moçambique, Guiné Bissau e Timor Leste. Seu discurso tem sido o fortalecimento da língua portuguesa no mundo. No entanto, os mesmos, como citado acima, também visam promover parcerias comerciais e apoio político. A Diplomacia Cultural brasileira também tem sido utilizada nas ações de CTI prestada do país aos países em desenvolvimento. Na área da saúde, por exemplo, o Brasil no governo Lula fez dos seus programas nacionais bem sucedidos no ambiente doméstico em verdadeiros “modelos” internacionais de promoção da expertise brasileira em saúde. Os programas mais destacados pelo governo brasileiro foram sobre a prevenção do HIV/Aids e da criação de Bancos de Leite Humanos.

No entanto, outros programas passam também a ter “a cara do Brasil”, como o do Zé Gotinha (Figura 15), utilizado para campanhas de vacinação infantil no Brasil, exportado pelo governo Lula para países como Timor Leste, Angola, Haiti e em projeto com Moçambique. Timor Leste foi o primeiro país a receber esse programa, conseguindo vacinar mais 15 milhões de crianças no país, visto como um grande sucesso e tipicamente brasileiro: “A medicina verde e amarela tipo exportação ainda não é tão conhecida como a seleção canarinho, a caipirinha e o samba carioca. Mas, em alguns locais do planeta, como no Timor Leste, por exemplo, a vacinação em massa já foi tão associada ao Brasil como Roberto Carlos” (ARANDA, 2016).

Figura 15 - Divulgação da Campanha do Zé Gotinha



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil (MS)

Assim, apesar do discurso de solidariedade e horizontalidade e do reconhecimento por parte dos países receptores que a CTI desenvolvida pelo Brasil tem sido mais justa e equitativa, esta cooperação não tem se caracterizado pela troca de conhecimentos e saberes. Quando falamos em cooperação entendemos como um processo que leva a coordenação de políticas, conforme Keohane (1984), ou seja, um contexto de negociação. Apesar de identificarmos que a CTI prestada pelo Brasil visar atender as demandas dos países receptores, a mesma não tem sido caracterizada pela troca de experiências, mas sim pela transferência de *know-how* brasileira. Esse fato foi observado tanto nos projetos de CTI prestados pelo Brasil como no discurso brasileiro no qual tem destacado que suas ações advêm de programas bem sucedidos no âmbito nacional e assim são implementados devido a demanda por parte dos países receptores. Desta forma, indagamos que essa CTI prestada pelo Brasil tem sido solidária e horizontal? As mesmas não tem sido uma ajuda ou assistência técnica do que cooperação?

No entanto, apesar de ser uma transferência *know-how* brasileira, essa cooperação também tem sido solidária por ser realizada a partir da solicitação dos países interessados pela CTI prestada brasileira, visando atender as necessidades dos países receptores a fim de garantir a autonomia técnica e a melhora do desenvolvimento dos países que a recebem. Pelo aumento da demanda dos países receptores por projetos de CTI prestada pelo Brasil na área da saúde, percebemos que os países em desenvolvimento consideram essa cooperação mais justa e equitativa do que com os países desenvolvidos.

Não estamos aqui negando a importância da Cooperação Norte-Sul. A mesma foi de grande relevância para o fortalecimento do *capacity buiding* brasileiro na área da saúde. No entanto, apesar dos interesses específicos dos países nas doações de CTI na área da saúde no Brasil, o mesmo fez bom uso destas cooperações, que possuidor de certa expertise local, essas cooperações se caracterizaram por uma troca de experiências e não apenas pela doação de conhecimento ou da ajuda como fora realizado em muitos países do Sul.

Tanto que o Brasil continua recebendo CTI na área da saúde de países desenvolvidos, como também de países emergentes como a Índia por exemplo. Isso acontece também com os países receptores da CTI prestada pelo Brasil que recebem cooperação tanto de países desenvolvidos como de países em desenvolvimento. No entanto, os países receptores que tem pouca capacidade de manter seus interesses, mais fracos e dependentes, buscam pela CSS, por verificar que a mesma é mais horizontal do que a prestada pelos países desenvolvidos.

É nesse contexto que o Brasil tem buscado estreitar suas relações com os países em desenvolvimento defendendo no seu discurso a questão das afinidades históricas, culturais e ideológicas e assim defender os interesses dos países do Sul frente aos países desenvolvidos por ser uma potência emergente. Desta forma, conforme Lima (2005), o Brasil assume um papel de *System Affected States*, no qual se aproxima dos países do Sul pelas afinidades e interesses em comum, buscando apoio político dos mesmos a fim de liderar e influenciar na construção ou na mudança das regras internacionais, que foram desenvolvidas pelos países mais fortes (os países desenvolvidos).

Assim, atestamos que a doação de CTI no governo Lula não foi livre de condicionalidades e interesses, baseada apenas pela solidariedade. Em discurso, o próprio Ministro Celso Amorim destaca que: "não existe generosidade ou altruísmo em política externa", mas uma

“visão de longo prazo que nos permitia fazer maiores concessões no curto prazo” (AMORIM, 2010b).

Desta forma, ressaltamos que as ações de CTI prestadas por parte do Brasil aos países em desenvolvimento foram determinadas também por interesses econômicos e políticos. No contexto econômico, o aumento das relações comerciais brasileiras com os países receptores, e no contexto político, o apoio e o fortalecimento da liderança brasileira por parte dos países do Sul no ambiente internacional. Desta forma, é possível verificar que no governo Lula, a CTI na área da saúde foi uma importante ferramenta de aproximação diplomática e de promoção internacional do país, difundindo princípios alternativos de desenvolvimento, pautado pelo interesse de aumentar seu *soft power* no ambiente internacional.

Em um estudo realizado pelo Ipea em parceria com o Banco Mundial é atestado esse argumento:

Os países africanos buscam cada vez mais cooperação, assistência técnica e investimentos do Brasil, particularmente em área onde a experiência do país é especificamente relevante para a África [...] como reflexo de seu próprio modelo de crescimento, que combina um setor privado dinâmico com apoio direcionado do BNDES e de outros órgãos e instituições públicas, a intensificação recente do engajamento do Brasil na África demonstra tanto ambição geopolítica como interesse econômico [...] a dimensão geopolítica do relacionamento Brasil-África também é importante. Laços econômicos e políticos mais fortes com a África já levaram a algumas importantes vitórias para o Brasil na arena mundial, como por exemplo, a posição do país como futura sede dos Jogos Olímpicos e da Copa do Mundo [...] parece que um número enorme de países africanos voltou a favor do Brasil. O Brasil também faz uso de suas relações com os países africanos em fóruns como a Organização Mundial de Comércio e também na ONU, onde o objetivo é obter um assento permanente no Conselho de Segurança (IPEA/ BM, 2011, p. 106).

Afirmamos assim, que a CTI prestada do Brasil na área da saúde auxiliou na promoção da inserção internacional do país para novas regiões

do sistema internacional, favorecendo no seu reconhecimento como potência emergente. Conforme destaca a Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde que a cooperação técnica tem sido um importante instrumento de promoção das relações externas, bem como de apoio ao seu desenvolvimento (ABC, 2007a, p. 3). A percepção do governo brasileiro sobre sua identidade internacional como potência média, hoje chamada pelo senso comum de potência emergente, foi fator relevante para o protagonismo do país nas ações de CTI prestada em saúde aos países do Sul, como também em outras áreas como agricultura, educação, mas que não foram foco da presente pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho procuramos averiguar como o Brasil passou de receptor para ator protagonista na doação de CTI aos países em desenvolvimento, tendo como uma das áreas de destaque, a saúde. O Brasil inicia suas ações como doador de CTI aos países em desenvolvimento nos anos 1970, sendo uma das áreas a saúde, mas pela falta de recursos, problemas econômicos internos, falta de institucionalização adequada no ambiente doméstico para tratar sobre a cooperação prestada do país e a falta de interesse por parte do governo brasileiro em avançar nesse contexto, as ações se deram de forma desordenada.

A ampliação dessas práticas ocorreu no governo FHC (1995-2002) devido ao sucesso do “Programa Nacional de DST e AIDS” - baseado no acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais para o controle e a prevenção da HIV/Aids - , e da atuação do país na defesa do uso da licença compulsória para aquisição de medicamentos antirretrovirais, no qual contribuiu para o credenciamento do país como doador de CTI na área da saúde, principalmente, aos países em desenvolvimento. No entanto, foi no governo Lula (2003-2010) que houve a grande intensificação do Brasil na realização de projetos nesse contexto, passando a ser chamado como "grande doador emergente do Sul".

Com o objetivo de averiguar a relevância da cooperação internacional no sistema internacional, o primeiro capítulo demonstrou as principais perspectivas teóricas que analisam o tema da cooperação no cenário internacional. Apesar da cooperação internacional ser instrumento relevante para os Estados nacionais, contribuindo na manutenção entre as sociedades, durante muitos séculos a mesma foi considerada como algo secundário. Vai ser a partir da década de 1970 que o estudo da cooperação internacional ganhará maior relevância por pesquisadores, Estados nacionais, organizações internacionais.

A despeito da emergência e evolução da pesquisa sobre a cooperação internacional, a partir dos anos 1970, a literatura especializada não apresenta um modelo teórico que estude especificamente o assunto, ainda mais sobre a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD). Desse modo, primeiramente procurou-se averiguar as principais contribuições conceituais sobre a cooperação internacional e, posteriormente, a evolução histórica da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento, sendo esta uma das

modalidades da CTI. Cabe destacar que a presente pesquisa não teve o intuito de escolher um conceito específico sobre a cooperação internacional, mas sim ressaltar as principais contribuições teóricas sobre o tema. Sobre a CTI, a mesma era chamada até os anos 1960 de Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD), mas devido as críticas por parte dos países do Sul, segundo Rowlands (2008), estas cooperações passam a ser vistas como uma forma de assistência ou de ajuda, mantendo a desigualdade e a dependência destes países com relação aos países desenvolvidos. Desta forma, o conceito é alterado para cooperação técnica internacional bem como a institucionalização pela ONU da Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), em 1974.

A cooperação internacional na área da saúde foi uma das primeiras formas de colaboração entre as nações. Com o aumento do comércio internacional, passa a ocorrer também o aumento de doenças (novas ou já existentes). Devido ao grande uso das quarentenas no controle das doenças, no qual prejudicava o comércio e a economia dos países afetados, os mesmos passam a buscar soluções comuns, dando origem as Conferências Sanitárias Internacionais no século XIX.

Com a criação das Organizações Internacionais na área da saúde no século XX, a cooperação em saúde torna-se mais abrangente, envolvendo parcerias para o avanço da ciência médica e a busca por melhores condições de vida e da saúde da população (WEINDLING, 2006). Mas foi com a “Declaração do Milênio”, no início do século XXI, que a saúde pública passa a ser considerada como relevante para a melhora do desenvolvimento dos países. Essa mudança faz com passe a ser utilizado o termo “Saúde Global” em vez de “Saúde Pública” já que os assuntos relacionados à saúde transcendem as fronteiras nacionais dos Estados, necessitando de resultados efetivos e “um sentido de responsabilidade coletiva pela saúde” (KICKBUSCH; BERGER, 2010, p. 1).

No segundo capítulo demonstramos a evolução histórica do Brasil como doador de CTI aos países em desenvolvimento, bem como os órgãos nacionais responsáveis pela cooperação internacional do país. As primeiras iniciativas do Brasil nesse contexto ocorreram no início dos anos 1970, período em que a Cooperação Sul-Sul passa a ganhar força no cenário internacional, devido à permanência da condição de subdesenvolvimento e dependência dos países pobres em relação aos países ricos. Em 1987, baseando-se nos moldes das agências de cooperação dos países desenvolvidos, é criada a Agência Brasileira de

Cooperação (ABC) - subordinada ao Ministério das Relações Exteriores (MRE) -, no qual ficou responsável pela coordenação e execução dos projetos de cooperação internacional tanto recebida como doada pelo Brasil. No entanto, pela prioridade do governo brasileiro para o recebimento de projetos de CTI, o Brasil não avançou como prestador de CTI aos países em desenvolvimento.

Com o retorno do avanço da Cooperação Sul-Sul no cenário internacional no final da década de 1990, conforme destacado no primeiro capítulo da presente tese, a CTPD passa a ser propagada novamente pelos países em desenvolvimento como uma alternativa mais justa e horizontal para a melhora do crescimento e da autonomia dos mesmos. Este período caracteriza-se pelo governo FHC, no qual houve a retomada das ações por parte do Brasil como doador de CTI aos países em desenvolvimento, principalmente com os países da América do Sul.

No entanto, o reconhecimento do protagonismo do Brasil nesse contexto ocorre na gestão Lula (2003-2010) pelo grande aumento do número de projetos de CTI prestada realizados pelo país aos países em desenvolvimento. Constatamos que um dos fatores que contribuiu para tal protagonismo brasileiro no período do governo Lula foi por este governo inserir a CTPD como instrumento relevante para a política externa brasileira, verificado como capaz de melhorar e ampliar a projeção internacional do país e de diversificar seus parceiros estratégicos.

No terceiro capítulo buscamos averiguar o contexto histórico das principais cooperações técnicas internacionais recebidas no Brasil na área da saúde. Destacamos que essas cooperações foram essenciais para o fortalecimento da expertise e do *capacity building* brasileiro na área da saúde. Tais iniciativas tiveram como resultado prático para o Brasil a melhora do ensino e da capacitação de profissionais da saúde; a implementação de programas e de políticas públicas no controle e na prevenção de doenças transmissíveis e infecciosas; a institucionalização de um sistema nacional de saúde; e a consolidação de instituições nacionais como o Instituto Oswaldo Cruz. Desta forma, atestamos que além da boa utilização destas cooperações técnicas recebidas na área da saúde, o Brasil já era possuidor de certa expertise no âmbito doméstico, fazendo com que os países desenvolvidos escolhessem o mesmo para estudar as causas das doenças tropicais. Desta forma, as cooperações técnicas internacionais recebidas no Brasil não foram caracterizadas pela simples ajuda ou assistência técnica, mas pela troca de experiências, gerando certa autonomia dos profissionais brasileiros no desenvolvimento destas cooperações.

O quarto capítulo da presente tese verificou sobre as ações de CTI prestadas pelo Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula. Constatamos que houve neste período o aumento da participação tanto de instituições burocráticas nacionais como de instituições privadas na execução desses projetos de CTI na área da saúde. A participação de novos atores na condução das atividades da agenda internacional do Brasil tem sido chamada por muitos autores de descentralização da política externa brasileira. Esse contexto passa a se intensificar com o aumento da diversificação da agenda internacional brasileira, bem como pelo caráter técnico destas cooperações.

A despeito do aumento da participação dessas instituições perguntamos: como tem sido feito o controle e o repasse destas ações ao governo brasileiro? Verificamos certa divergência quanto aos dados sobre os projetos realizados pelo Brasil entre a ABC/MRE e a Assessoria de Assuntos Internacionais em Saúde (AISA) do Ministério da Saúde. Nesse sentido, ao mesmo tempo que a participação destas instituições na execução dos projetos de CTI prestados pelo Brasil na área da saúde contribuiu na intensificação da atuação do país nesse contexto, percebemos também a ausência de uma definição clara das atribuições destas instituições como do controle eficaz por parte do governo brasileiro sobre as atividades de CTI prestadas pelo país na área da saúde.

Outro aspecto relevante para o incremento das ações internacionais do Brasil nesse contexto foi a inserção da saúde como um dos temas estratégicos da política externa brasileira no governo Lula. Desta forma, a saúde é introduzida como umas prioridades da atuação brasileira no cenário internacional, destacando sua importância para o desenvolvimento dos países. No entanto, ao aumentar a alocação de recursos governamentais para a realização da cooperação “estruturante” em saúde para os países em desenvolvimento, o Brasil passa a ser criticado por não investir esses recursos na melhora da saúde no ambiente doméstico, já que o país possui diversos problemas nesta área como a falta de hospitais equipados em algumas regiões do país, demora no atendimento e no tratamento de doentes, controle epidemiológico ineficaz, etc.

Esses projetos foram realizados principalmente com os países da América do Sul e PALOPs. No entanto, o Brasil realizou também projetos de CTI prestada na área da saúde com outros países da América Latina e Caribe, tendo como destaque o Haiti, e do continente africano e da Ásia. Este projetos foram bastante diversificados, destacando-se os relacionados ao controle e prevenção de doenças transmissíveis, na

criação de Bancos de Leite Humano, profissionalização de recursos humanos em saúde e na construção das capacidades autônomas na área da saúde dos países receptores.

Com a intensificação das ações de CTI prestadas pelo Brasil aos países em desenvolvimento, sendo uma das áreas de destaque a saúde, o país passa a ser visto como um dos grandes doadores emergentes do Sul no século XXI. No entanto, o protagonismo do Brasil nesse contexto tem sido creditado, principalmente pelo discurso brasileiro, com base no aumento do número de projetos de CTI realizados pelo país. Como não há estudos ou relatórios sobre a efetividade dos projetos realizados pelo Brasil na área da saúde, abre-se a lacuna se os mesmos tem proporcionado resultados benéficos para os países em desenvolvimento?; de que forma tem ocorrido a melhora da autonomia e do desenvolvimento dos países receptores?; como ocorreu a execução destes projetos?; quais os problemas na implementação dos mesmos?; tem ocorrido a continuidade destes projetos? Devido a relevância do tema, acreditamos que essas questões podem nortear para futuras pesquisas sobre a CTI prestada do Brasil na área da saúde.

No quinto capítulo, analisamos os fatores que contribuíram para o Brasil se consolidar como doador emergente do Sul. A política externa brasileira foi e é condicionada pela interação entre fatores internos e externos (MILNER, 1997; WENDT, 1999). Celso Lafer (1987) complementa esse contexto destacando que as ações reativas da PEB são realizadas devido as variáveis conjunturais; e a busca pelos interesses nacionais e a autonomia (crescimento econômico) do país são determinadas pelas variáveis estruturais. Desta forma, averiguamos variáveis tanto conjunturais como estruturais que na condução das ações do Brasil como prestador de CTPD.

Constatamos que a intensificação do Brasil como prestador de CTI na área da saúde no governo Lula ocorreu não apenas pela alteração da estratégia da PEB, mas por diversos fatores, tais como: i) a capacidade da *expertise* brasileira na área da saúde; ii) a conjuntura econômica, tanto no nível doméstico como internacional; iii) a percepção dos atores envolvidos na formulação e execução da PEB para as ações voltadas na defesa social; iv) o aumento da relevância da saúde no ambiente internacional; v) a percepção no governo Lula acerca do *status* do Brasil em ser uma potência média, chamada a partir do século XXI, de potência emergente, com capacidade de exercer liderança e autonomia no sistema internacional.

Verificamos neste capítulo também que o Brasil tem utilizado como discurso que a sua doação de CTI aos países em desenvolvimento tem sido realizada com base na solidariedade e na horizontalidade, ou seja, como forma de promover uma ordem internacional mais justa, democrática e pela busca do desenvolvimento mais equitativo. No entanto, questionamos se estas ações tem sido realmente solidárias e horizontais? Observamos que as práticas de CTI prestadas pelo Brasil na área da saúde foram desenvolvidas a partir das demandas e das necessidades dos países em desenvolvimento. Por sua vez, as mesmas não tem sido caracterizadas pela troca de conhecimentos, mas pela transferência de *know how* brasileira aos países receptores de CTI na área da saúde, configurando em práticas de ajuda ou de assistência e não de cooperação. Apesar disso, podemos dizer estas ações foram mais horizontais e solidárias do que as tradicionais cooperações recebidas pelos países desenvolvidos, por atender as necessidades e as demandas dos países em desenvolvimento.

No entanto, atestamos que estas ações também foram caracterizadas pela verticalidade e desigualdade. O Brasil teve como enfoque aumentar sua projeção internacional bem como atender seus interesses econômicos e políticos por meio da doação de CTI aos países em desenvolvimento. Verificamos o aumento das relações comerciais brasileiras com os países receptores de CTI prestada do Brasil, principalmente com os países do continente africano, bem como o aumento da atuação de empresas brasileiras em projetos de infraestrutura nestes países. Além disso, o governo brasileiro buscou por meio destas ações aumentar seu *soft power* a fim de obter o apoio político dos países receptores para agir como líder dos interesses dos países do Sul nos principais fóruns internacionais.

Desta forma, observamos que as ações de CTI prestadas pelo Brasil aos países em desenvolvimento na área da saúde no governo Lula se caracterizaram tanto pela solidariedade devido ao país buscar atender as necessidades demandadas pelos países receptores objetivando fortalecer a autonomia e o desenvolvimento dos mesmos, como pela verticalidade ao buscar interesses próprios nestas ações como o aumento da sua projeção internacional e a diversificação dos seus parceiros comerciais e estratégicos.

Verificamos assim, que estas ações contribuíram no aumento do *soft power* do Brasil no período do governo Lula, no qual o país liderou e teve apoio político de muitos dos receptores de CTI brasileira nos fóruns internacionais, como por exemplo na OMC e na ONU, como na

aproximação e na diversificação de parceiros comerciais não tradicionais, como a África, o Oriente Médio, entre outros.

Concluímos que a intensificação do Brasil como doador de CTI na área da saúde aos países em desenvolvimento foi relevante para o país. A prestação de CTI, sendo uma das áreas de destaque a saúde, contribuiu fortemente na inserção internacional do país bem como na melhora da sua imagem no cenário internacional tanto ao se colocar como um país possuidor de *capacity building*, desconfigurando a ideia do Brasil como um país atrasado. Outro aspecto importante foi o reconhecimento do Brasil da relevância dos temas sociais para o alcance do desenvolvimento dos países do Sul.

No entanto, destacamos que essa intensificação das ações de CTI prestadas pelo Brasil na área da saúde aos países em desenvolvimento no governo Lula foi também resultado da diplomacia presidencial de Lula. Na ausência da diplomacia presidencial do atual governo Dilma, o Brasil tem mantido seu protagonismo como doador de CTI na área da saúde aos países em desenvolvimento? Identificamos que no governo Dilma houve uma significativa redução do número de projetos de CTI prestados pelo país na área da saúde aos países em desenvolvimento como do orçamento por parte do referido governo para a doação de CTI.

Assim, destacamos que apesar dos avanços do Brasil como “doador emergente do Sul” de CTI no período do governo Lula, especialmente na área da saúde, no governo Dilma, com a significativa redução das ações nesse contexto, verificamos a falta de sustentabilidade destas ações. Como os projetos de CTI prestados pelo Brasil são realizados a partir da demanda dos países em desenvolvimento, verificamos que não há um planejamento ou uma estratégia permanente na condução dessa agenda, dependendo fortemente do interesse político para que seja intensificada. Com a redução destas ações no atual governo Dilma, verificamos a relevância de um planejamento mais adequado e permanente na condução da CTI prestada por parte do Brasil, seja na área da saúde como em outras áreas, para que haja a sustentabilidade e a permanência destas atividades por parte do país.

REFERÊNCIAS

ABBOT, M. L. Brasil e EUA travam Guerra das Patentes”. **Valor Econômico**, 2 fev. 2001.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. **Diretrizes para o desenvolvimento da cooperação técnica Internacional multilateral e bilateral**. Brasília: Agência Brasileira de Cooperação, 2004.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. Cooperação bilateral com América Latina e Caribe. **Via ABC Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)**, Brasília, Junho, 2006. 16 p. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/via-junho.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. Cooperação técnica brasileira em saúde. **Via ABC Boletim eletrônico da Agência Brasileira de Cooperação (ABC/MRE)**, Brasília, Março, 2007a. 24 p. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/documentos/viaABC-baixa.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2011.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. Reestruturação da ABC. **Via ABC**, Brasília, mar. 2007b.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. **A Cooperação Técnica do Brasil com a África**. Brasília: MRE/ABC, 2010. Disponível em: <http://www.abc.gov.br/content/abc/docs/catalogoabcafrica2010_p.pdf>. Acesso em: 10 julho 2015.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Historico>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

ABC - Agência Brasileira de Cooperação. **Projeto PROFORSA**. 2015a. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/imprensa/mostrarnoticia/534>>. Acesso em: 5 jan. 2015a.

ABC – Agência Brasil de Cooperação. **Gestão 2000-2014**. Quantitativos de Projetos. Disponível em:

<<http://www.abc.gov.br/Gestao/QuantitativoProjetos>>. Acesso em: 15 dez. 2015b.

ABC – Agência Brasil de Cooperação. **Pesquisa de Projetos.** Cooperação Sul-Sul. Região: América do Sul. Área: Saúde. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/Projetos/pesquisa>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

ABREU, Fernando José Marroni de. A evolução da Cooperação Técnica Internacional no Brasil. **Mural Internacional**, v. 4, n. 2, p. 3-16, jul./dez. 2013.

ADLER, Emanuel. O Construtivismo no Estudo das Relações Internacionais. **Lua Nova**, São Paulo, n. 47, p. 201-252. 1999.

AFONSO, Maria Manuela. A evolução da Cooperação para o Desenvolvimento. In: AFONSO, M.M.; FERNANDES, A.P. **abCD Introdução à cooperação para o desenvolvimento**. Lisboa: Instituto Marquês de Valle Flôr/Oikos, 2005.

ALCAZAR, S. A inserção da saúde na política exterior brasileira. In: 48º Curso de Altos Estudos do Instituto Rio Branco. **Anais...** Brasília: Ministério das Relações Exteriores, 2005.

ALMEIDA, Celia. A experiência da Fiocruz na formação de profissionais em saúde global e diplomacia da saúde: base conceitual, estrutura curricular e primeiros resultados. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 148-164. 2010.

ALMEIDA, Celia. Saúde, política externa e cooperação sul-sul em saúde: elementos para a reflexão sobre o caso do Brasil. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento, Estado e políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

ALMEIDA, Celia et al. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 25-35. 2010.

ALMEIDA, João Aprígio Guerra de. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ALVES JR, Antonio J.; TEIXEIRA, Lucas. As diferenças entre as políticas econômicas dos períodos FHC e Lula-Dilma. **Brasil Debate**. 18 ago. 2014. Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/928/>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

ANGELL, N. **A Grande Ilusão**. Brasília/São Paulo: Editora Unb, 2002.

AMORIM, Celso. **Discurso do Ministro Celso Amorim na abertura do Debate Geral 65 Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas**. Nova York, 23 de setembro de 2010a. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10001:discurso-do-ministro-celso-amorim-na-abertura-do-debate-geral-da-65-sessao-assembleia-geral-das-nacoes-unidas-nova-york-23-de-setembro-de-2010&catid=194&Itemid=454&lang=pt-BR>. Acesso em: 5 jan. 2016.

AMORIM, Celso. **Intervenção do Ministro Celso Amorim no Seminário de Alto Nível do 33 Período de Sessões da CEPAL**. Brasília, 31 de maio de 2010b. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10067:intervencao-no-seminario-de-alto-nivel-do-33-periodo-de-sesoes-da-cepal-brasilia-31-de-maio-de-2010&catid=194&Itemid=454&lang=pt-BR>. Acesso em: 5 jan. 2016.

AMORIM, Celso. **Discurso do Ministro Celso Amorim por ocasião do Dia do Diplomata**. Brasília, 20 de abril de 2010c. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=10134:discurso-do-ministro-celso-amorim-por-ocasio-do-dia-do-diplomata-brasilia-20-de-abril-de-2010&catid=194&Itemid=454&lang=pt-BR>. Acesso em: 6 jan. 2016.

AMORIM, Celso. **Conversas com jovens diplomatas**. São Paulo: Benvirá, 2011.

AMORIM, Celso. **Celso Amorim: breves narrativas diplomáticas**. São Paulo: Benvirá, 2013.

AMORIM, Celso. Um Balanço das Relações Brasil-África. **Cadernos Diálogos Africanos**, Instituto Lula, n. 1, jul/ago/set. 2015.

APOSTOLOVA, Maria S.; INOUE, Cristina Y. A. **A Cooperação Internacional na Política Brasileira de Desenvolvimento**. São Paulo: ABONG; Rio de Janeiro: Núcleo de Animação Terra e Democracia, 1995.

ARANDA, Fernanda. **Saúde brasileira tipo exportação**. Disponível em: <http://saude.ig.com.br/minhasaude/historiasdemedico/saude+brasileira+tipo+exportacao/n1237861257484.html>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

AYLLÓN, B. La Cooperación Internacional para el Desarrollo: fundamentos y justificaciones en la perspectiva de la Teoría de las Relaciones Internacionales. **Carta Internacional**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 32-47. 2007.

BANCO MUNDIAL. **Salud**: documento de política sectorial. Washington D.C., 1975.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial de 1993**: investindo em saúde. Rio de Janeiro: FGV, 1993.

BARBOSA, Pedro H. B. O viés instrumental da Cooperação Técnica Horizontal Brasileira. **Revista Tempo do Mundo**, v. 4, n. 1, p. 121-153. 2012.

BASTOS, Nilo Chaves de Brito. **SESP/FSESP**: 1942 - evolução histórica - 1991. Brasília: Fundação Nacional de saúde, 1996.

BENCHIMOL, J. **Dos micróbios aos mosquitos**: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Editora UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, J. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs.). **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

BENCHIMOL, J. Pasteur, a saúde publicam e a pesquisa biomédica no Brasil. In: LIMA, Nísia Trindade; MARCHAND, Marie-Hélène (Orgs). **Louis Pasteur & Oswaldo Cruz**. RJ: Editora Fiocruz, 2005.

BENEVIDES, M. V. Guerra e paz em Rousseau: sobre o projeto da paz perpétua. **International Studies on Law and Education**, n. 1, 1999.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Editora Ática, 2006.

BIBLIOTECA DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BIRN, A. E. The stages of international (global) health: Histories of success or successes of history? **Global Public Health**, v. 4, n. 1, p. 50-68. 2009.

BLOG DO ITAMARATY. **Semana da África**. Disponível em: <<http://blog.itamaraty.gov.br/83-semana-da-africa>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

BOBBIO, Norberto. **Direito e Estado no pensamento de Immanuel Kant**. Brasília: Editora UNB, 1995.

BOBIASH, Donald. **South-South Aid**: how developing countries help each other. New York: St. Martin's Press, 1992.

BOURDIEU, Pierre. **A Economia das Trocas Lingüísticas**: O Que Falar Quer Dizer. São Paulo: Editora USP, 1998.

BRASIL. **Lei n.º 378**, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública, 1937. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/acesso_a_informacao/base_juridica/lei_n378_13011937_criacao_inep.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2014.

BRASIL. **Decreto 6.788**, de 30 de janeiro de 1941. 1ª Conferência Nacional de Saúde, 1941. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/1_CNS.pdf>. Acesso: 6 junho 2014.

BRASIL - Presidência da República. **Decreto n. 94.973**, de 25 de setembro de 1987. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94973-25-setembro-1987-445492-publicacaooriginal-1-pe.html>>.

Acesso em: 8 jul. 2014.

BRASIL. **Constituição Federal do Brasil de 1988**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 25 maio 2015.

BRASIL - Ministério da Saúde. **Lei n. 9.279**, de 14 de maio de 1996.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm>.

Acesso em: 15 jun. 2015.

BRASIL - Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório de atividades: 2005-2008**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Balanco de Política**

Externa 2003/2010. 2012a. Disponível em:

<<http://www.itamaraty.gov.br/temas/balanco-de-politica-externa-2003-2010>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

BRASIL - Ministério das Relações Exteriores (MRE). **Cooperação técnica**. Disponível em:

<http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3686&catid=189&Itemid=439&lang=pt-BR>. Acesso em: 10 jul. 2012b.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Coordenação geral de cooperação técnica entre países em desenvolvimento (CGPD)**. Disponível em:

<<http://www.abc.gov.br/SobreAbc/Direcao/CGPD>>. Acesso em: 3 dez. 2013.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Cooperação técnica**. Disponível em:

<<http://www.itamaraty.gov.br/temas/cooperacao-tecnica>>. Acesso em: 8 abr. 2014a.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/SobreABC/Historico>>. Acesso em: 3 jul. 2014b.

BRASIL - Ministério das Relações Exteriores. **Cooperação técnica**. Disponível em: <<http://www.itamaraty.gov.br/temas/cooperacao-tecnica>>. Acesso em: 11 abr. 2014c.

BRASIL - Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. **Acordo sobre o sistema global de preferências comerciais entre países em desenvolvimento**. Disponível em: <http://www.oecd.org/document/51/0,3746,en_2649_3236398_4338552_3_1_1_1_1,00.html>. Acesso em: 12 mar. 2014d.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Gestão 2000-2014. África** – por segmento da Cooperação Sul-Sul. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/Gestao/AfricaSegmentoCooperacao>>. Acesso em: 3 dez. 2015a.

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. Agência Brasileira de Cooperação. **Gestão 200-2014. Américas + Caribe** – por segmento da Cooperação. Disponível em: <<http://www.abc.gov.br/Gestao/AmericaCaribeSegmento>>. Acesso em: 3 dez. 2015b.

BRASIL - Ministério da Saúde. **DST-AIDS: Hepatites virais**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>. Acesso em: 15 jun. 2015c.

BRASIL – Ministério das Relações Exteriores. **BRICS – Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul**. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=3672&catid=159&Itemid=436&lang=pt-BR>. Acesso em: 12 dez. 2015d.

BRASIL - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Disponível em:

<<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento/noticias/comparacao-internacional-de-gastos-governamentais>>. Acesso: 19 jan. 2016a.

BRASIL - Ministério das Relações Exteriores. **Diplomacia Cultural**.

Disponível em: <

http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_tags&view=tag&id=387-diplomacia-cultural&lang=pt-BR>. Acesso em: 11 abr. 2016b.

BRANDÃO, Norma Cristina Cardoso. **Análise de redes internas de cooperação internacional na FIOCRUZ como ferramenta de gestão do conhecimento**: a cooperação da FIOCRUZ com a França e com a África (PALOP). Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Rio de Janeiro, 2010.

BRAUTIGAM, Deborah. **The Dragon's Gift**: The real story of China in Africa. New York: Oxford University Press, 2009.

BRIGAGÃO, Clóvis; RODRIGUES, Gilberto M. A. **Política externa brasileira**: da independência aos desafios do século XXI. São Paulo: Moderna, 2006.

BROWNE, Stephen. **Aid and Influence**: Do Donors Help or Hinder? London, Sterling (VA): Earthscan, 2006.

BUSS, Paulo M. Global health and health diplomacy. J. Pub. **Health Pol.**, v. 29, p. 467-473. 2008.

BUSS, Paulo M. Saúde global e diplomacia da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1. 2013.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 93-105. 2010a.

BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Diplomacia da saúde e cooperação Sul-Sul: as experiências da Unasul saúde e do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1. 2010b.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José R. Cooperação e Integração Regional em Saúde na América do Sul: A Contribuição da Unasul-Saúde. **Centro de Relações Internacionais, Fundação Oswaldo Cruz, Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16. 2011.

BUSS, Paulo M.; FERREIRA, José R. Brasil e saúde global. In: PINHEIRO, Leticia; MILANI, Carlos R. S. (orgs). **Política externa brasileira: as práticas da política e as políticas das práticas**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

CABRAL, B. A Cooperação Técnica e Financeira Internacional. **Senado Federal**, Série Estudos, n. 03, Brasília, 1998.

CABRAL, L. **Cooperação Brasil-África para o desenvolvimento: Caracterização, tendências e desafios**. CINDES: Rio de Janeiro, 2011.

CABRAL, Lúcia; WEINSTOCK, Julia. **Brazilian technical cooperation for development: drivers, mechanics and future prospects**. Overseas Development Institute: London, 2010. p. 1-45. Disponível em: <www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6137.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2015.

CAMPOS, Diego Araújo. A África na política externa brasileira. **Mundorama**. 2008a. Disponível em: <<http://mundorama.net/2008/04/08/a-africa-na-politica-externa-brasileira-por-diego-araujo-campos/>>. Acesso em: 09 abr. 2013.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 879-888. 2008b.

CARDOZO, Sandra Aparecida; MIYAMOTO, Suiguenoli. Política externa brasileira em dois momentos: uma análise comparativa entre a política externa do governo Geisel e do governo Lula. 5º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política (ABCP), **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 26-29 jul. 2006.

CARMODY, Pádraig. **The New Scramble for Africa**. Cambridge: Polity, 2011.

CARMODY, Pádraig. **The Rise of the BRICS in Africa: The Geopolitics of South-South Relations**. London; New York: Zed Books. , 2013.

CARR, Edward Hallett. **Vinte Anos de Crise: 1919-1939**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001.

CASTRO, Janete Lima de. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. Tese (Doutorado em Educação)- Centro de Ciências Sociais e Aplicadas. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional: História e Política de uma missão médica e sanitária no Brasil. **Revista Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 6 n. 1, p. 105-110, jan./jun. 1989.

CASTRO SANTOS, Luiz. A.; FARIA, Lina. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

CASTRO SANTOS, Luiz. A.; FARIA, Lina. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 2, p. 291-324. 2006.

CASTRO SANTOS, Luiz. A.; FARIA, Lina. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. In: SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. **Saúde & História**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

CAU, Hilário Simões. **A Construção do Estado em Moçambique e as Relações com o Brasil**. Tese (Doutorado em Ciência Política)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2011.

CENTRO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FIOCRUZ. **Relatório de Atividades 2013**. Rio de Janeiro, julho, 2014. Disponível em:
<<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatori>

o_de_atividades_internacionais_2013_da_fiocruz.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2015.

CENTRO DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS EM SAÚDE DA FIOCRUZ. **Relatório de Atividades 2012**. Rio de Janeiro, 2013.

Disponível em:

<<http://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/Relatorio%20CRIS%202012%20b.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CEPIK, Marco; SOUSA, Romulo P. de. A política externa brasileira e a cooperação internacional em saúde no começo do governo Lula. **Século XXI**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, jan-jul. 2011.

CERVO, Amado. Relações Internacionais no Brasil. In: CERVO, A. (Org.). **O Desafio internacional**. Brasília: Editora UNB, 1994a.

CERVO, Amado Luiz. Socializando o Desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 37, n. 1, p. 37-63. 1994b.

CERVO, Amado Luiz. Política exterior e relações internacionais do Brasil: enfoque paradigmático. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 46, n. 2, p. 5-25. 2003.

CERVO, Amado Luiz. A ação internacional do Brasil em um mundo em transformação: conceitos, objetivos e resultados (1990-2005). In: ALTEMANI, H.; LESSA, A. C. (Org.). **Relações Internacionais do Brasil: temas e agendas**. v. 1. São Paulo: Saraiva, 2006.

CERVO, Amado Luiz. **Inserção Internacional: formação dos conceitos brasileiros**. São Paulo: Saraiva, 2008.

CERVO, Amado Luiz; BUENO, Clodoaldo. **História da política exterior do Brasil**. Brasília: UnB, 2002.

CERVO, Amado Luiz; LESSA, Antônio Carlos. O declínio: inserção internacional do Brasil (2011–2014). **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 133-151. 2014.

CHADE, Jamil. Brasil vai dobrar contribuição para a OMS em 2014. **Jornal Estadão**, 23 maio 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,brasil-vai-dobrar-contribuicao-para-a-oms-em-2014,1034996,0.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

CHAN, Margaret; Støre, Jonas Gahr; Kouchner, Bernard. Foreign policy and global public health: working together towards common goals. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 86, n. 7, p. 497-576. 2008.

CONDE, C. H. **Cooperação Técnica Internacional**: uma opção pela intermediação nas relações internacionais. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais)- Instituto de Relações Internacionais da UNB, Brasília, 1990.

CONSEJO SURAMERICANO DE SALUD. 2011. **Resolución n. 02**. Estatuto del Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Disponível em: <<http://www.isags-unasul.org/media/file/ESTATUTO%20ISAGS%20ESP.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2015.

CORRÊA, Márcio Lopes. **Prática comentada da Cooperação Internacional**: entre a hegemonia e a busca de autonomia. Brasília: edição do autor, 2010.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Declaração da Praia**: I Reunião de Ministros da Saúde da CPLP. 2008. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-2366.aspx>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

COMUNIDADE DOS PAÍSES DE LÍNGUA PORTUGUESA. **Declaração de Estoril e PECS/CPLP**. 2009. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-2366.aspx>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

CPLP. Canal Saúde. **RETS**. Disponível em: <<http://www.cplp.org/id-3517.aspx>>. Acesso em: 25 dez. 2015.

CUETO, Marcos. Ciencia y filantropia em lãs Américas. III Congresso Latino-Americano de História da Ciência e da Tecnologia, **Anais...** Cidade do México, 1992.

CUNHA, Neiva Vieira da. **Viagem, experiência e memória: narrativas de profissionais de saúde pública dos anos 30**. Bauru, SP: Edusc, 2005.

DANESE, Sérgio. **Diplomacia Presidencial**. Rio de Janeiro: Topbooks, 1999.

DAL RI JÚNIOR, Arno. Tradições do pensamento às Teorias Internacionais: Hugo Grotius, Thomas Hobbes e Immanuel Kant. In: OLIVEIRA, Odete M. de; DAL RI JÚNIOR, Arno. **Relações Internacionais: interdependência e sociedade global**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2003.

DEVIN, Guillaume. Norbert Elias e a análise das Relações Internacionais. In: MILANI, Carlos R. S. (Org.). **Relações Internacionais: perspectivas francesas**. Salvador: EDUFBA, 2010.

DICHISTORIASAUDE. Disponível em:

<<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/labhigrj.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2014.

DINIZ, Simone. Acordos internacionais de Cooperação nos Governos Fernando Henrique e Lula. **E-legis**, Brasília, n. 10, p. 26-41, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://e-legis.camara.leg.br/cefor/index.php/e-legis/article/viewFile/121/130>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

DIPITY. Disponível em: <<http://www.dipity.com/sferreira/Rede-Brasileira-de-Bancos-de-Leite-Humano/?mode=fs>>. Acesso em: 09 jan. 2016.

DOLLAR, David; SVENSSON, Jakob. What explains success or failure of Structural Adjustment Programmes? **The Economic Journal**, v. 110, p. 894-917. 2000.

DODGSON, R.; LEE, K.; DRAGER, N. **Global Health Governance: A Conceptual Review**. Discussion Paper n. 1. Geneva: World Health

Organization and London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2002.

DURKHEIM, Émile. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DUTRA, J. E.; FERRO, F. **O Brasil no rumo certo**: realizações do Governo Lula. 2010. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/joaocarlospassari/cartilha-de-realizaes-no-governo-lula>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

ELIAS, Norbert. **A sociedade de corte**: investigação sobre a sociologia da realeza e da aristocracia de corte. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EMBRAPA - Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária. **Cooperação Técnica**. Disponível em: <<https://www.embrapa.br/cooperacao-tecnica>>. Acesso em: 10 maio 2014.

ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública. **Boletim Cedoc**, maio/jun. 2000.

FARIA, Lina Rodrigues de. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920). **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 109-127. 1995.

FARIA, Lina; COSTA, Maria da Conceição da. Cooperação Científica Internacional: estilos de atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford. In: SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina. **Saúde & História**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

FEDATTO, Maíra da S. **A Fiocruz e a Cooperação para a África no governo Lula**. Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais)- Instituto de Relações Internacionais da Unb, Brasília, 2013.

FEDATTO, Maíra da S. A Cooperação Internacional na efetivação da Saúde Global: a ações da Fiocruz na África durante o governo Lula. In: IV Seminário Discente da Pós-Graduação no Instituto de Relações Internacionais da Universidade de São Paulo. **Anais...** 14 e 15 setembro 2015. Disponível em:

<<http://www.iri.usp.br/documentos/seminariopos/FEDATTOCOoperaçãoInternacionalSaúdeGlobalÁfricaLula.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

FEE, Elizabeth Fee; BROWN, Theodore M. 100 Years of the Pan American Health Organization. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 12, p. 1888-1889. 2002.

FERREIRA NETO, Joao Leite; ARAÚJO, Jose Newton. L'expérience brésilienne du Système unique de santé (SUS): gestion et subjectivité dans un contexte néolibéral. **Nouvelle revue de psychosociologie**, n. 13, p. 227-239, 2012.

FIDLER, D. P. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 79, n. 9, p. 842-849. 2001.

FIDLER, D. P. Germs, norms and power: global health's political revolution. **Law, Social Justice and Global Development Journal**, n. 1. 2004.

FIDLER, D. P. Health as foreign policy: Between principle and power. **Whitehead Journal of Diplomacy and International Relations**, v. 6, p. 179-194. 2005.

FIDLER, D. P. Health in foreign policy: an analytical overview. **Canadian Foreign Policy Journal**, v. 5, n. 3, p. 11-29. 2009.

FIGUEIRA, Ariane Roder. **Introdução à análise de política externa**. São Paulo: Saraiva, 2011.

FIGUEIREDO, Maria C.; FONSECA, Luiz. Capacitação como processo de cooperação internacional. **Saúde e direitos humanos**, ano 6, n. 6, p. 7-18. 2009.

FINGERMAN, Natalia Noschese. **A cooperação trilateral brasileira em Moçambique - um estudo de caso comparado: o ProAlimentos e o ProSavana**. Tese (Doutorado em Relações Internacionais)- FGV, São Paulo, 2014.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/aidsmat4.html>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

FISCHER, S. International Macroeconomic Coordination. In: FELDSTEIN, M (Ed.). **International Economic Cooperation**. Chicago: University of Chicago Press, 1988.

FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma. Os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS potencializando a inclusão social na atenção à saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 20-25, março. 2005.

FORTES, Paulo A. de C.; RIBEIRO, Helena. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366-375. 2014.

GUIMARÃES, Samuel Pinheiro. Afonso Arinos de Melo Franco: Atualidade e paradoxo. In: PIMENTEL, José Vicente de Sá. (Org.). **Pensamento diplomático brasileiro: formuladores e agentes da política externa (1750-1950)**. v. 3. Brasília: FUNAG, 2013.

GROTIUS, Hugo. War, Peace, and the law of nations. In: VIOTTI, P. R.; KAUPPI, M. V. **International relations theory: realism, pluralism, globalism**. New York: Macmillan Press, 1993.

HAAS, Ernest. The study of regional integration. **International Organization**, v. 24, n. 4. 1970.

HALLIDAY, Fred. **Repensando as relações internacionais**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 1999.

HERCULANO, Selene. **Em busca da boa sociedade**. Rio de Janeiro: Editora da UFF, 2006.

HERZ, Mônica; HOFFMANN, Andrea Ribeiro. **Organizações Internacionais: história e práticas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HIRST, Mônica. Países de renda média e a cooperação Sul-Sul: entre o conceitual e o político. In: LIMA, M. R. S.; HIRST, M. (Orgs.) **Brasil, Índia e África do Sul: desafios e oportunidades para novas parcerias**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

HIRST, Mônica. Aspectos conceituais e práticos da atuação do Brasil em Cooperação Sul-Sul: os casos de Haiti, Bolívia e Guiné Bissau. **IPEA: Texto para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 1687. 2012.

HIRST, Monica; PINHEIRO, Leticia. A política externa do Brasil em dois tempos. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 38, n. 1, p. 5-23. 1995.

HIRST, Mônica; LIMA, Maria Regina; PINHEIRO, Letícia. A Política Externa Brasileira em tempos de novos horizontes e desafios. **Revista Nueva Sociedad**, p. 22-41. 2010.

HJERTHOLM, Peter; WHITE, Howard. **Survey of Foreign Aid: History, Trends and Allocation**. Discussion Paper, University of Copenhagen, 1998. Disponível em: <<http://ideas.repec.org/p/kud/kuiedp/0004.html>>. Acesso em: 5 jun. 2015.

HORTA, Ana Magdalena. Comissão da ONU declara que acesso a medicamento é direito humano. **Revista Época**, 30 abr. 2001.

HOCHAMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2012.

HOLBRAAD, Carsten. **The Role of Middle Powers**. School of International Affairs, Carleton University, 1972.

HOPF, Ted. The Promise of Constructivism in International Relations Theory. **International Security**, v. 23, n. 1, p. 171-200. 1998.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional**: 2005-2009. Brasília: Ipea/ABC, 2010.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; AGÊNCIA BRASILEIRA DE COOPERAÇÃO. **Cooperação brasileira para o desenvolvimento internacional**: 2010. Brasília: Ipea/ABC, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; BANCO

MUNDIAL. **Ponte sobre o Atlântico: Brasil e África Subsaariana** parceria Sul-Sul para o crescimento. Brasília: Ipea/BM, 2011.

INSTITUTO LUDWIG VON MISES BRASIL. **O que realmente permitiu o grande crescimento econômico brasileiro da última década.** 2016. Disponível em: <<http://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2190>> Acesso: 12 jan. 2016.

JERVIS, R. Realism, Neoliberalism and Cooperation: Understanding the Debate. **International Security**, v. 24, n. 1. 1999.

JMPHC - Journal of Management and Primary Health Care. Disponível em: <www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/38/34>. Acesso em: 12 jun. 2015.

JORGE, Nedilson Ricardo. **Relações Brasil-África: Panorama Geral. Cadernos de Política Exterior**, Brasília, v. 1, n. 2. Brasília: FUNAG, 2015.

JORNAL MUNDO LUSÍADA. **Temporão prestígio posse do presidente de Moçambique e reafirma cooperação em saúde.** 2010. Disponível em: <<http://www.mundolusiada.com.br/cplp/temporao-prestigia-posse-do-presidente-de-mocambique-e-reafirma-cooperacao-em-saude/>>. Acesso em: 14 out. 2015.

KANT, Immanuel. **À paz perpétua.** Porto Alegre: LP&M, 2008.

KEOHANE, Robert O.; NYE, Joseph S. **Power and interdependence.** New York: Harper Collins, 2001.

KEOHANE, Robert O. Lilliputians' dilemmas: small states in the international politics. **International Organizations**, v. 23, n. 2, p. 291-310. 1969.

KEOHANE, Robert O. **After Hegemony: cooperation and discord in the world political economy.** Princeton: Princeton University Press, 1984.

KEOHANE, Robert O. **International institutions and state power.** Boulder: Westview Press, 1989.

KICKBUSCH, I. The need for a European strategy on global health. **Scandinavian Journal of Public Health**, Oxford, v. 34, n. 6, p. 561-565. 2006.

KICKBUSCH, I. **Global health: a definition** 2002. New Haven: Yale, 2013. Disponível em: <[http:// www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/ docs/global-health.pdf](http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch-wAssets/docs/global-health.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2013.

KICKBUSCH, I.; LISTER, G. **European perspective on global health: a policy glossary**. Brussels: European Foundation Centre, 2006.

KICKBUSCH, I., SILBERSCHMIDT, G.; BUSS, P. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bull WHO**, v. 85, n. 3, p. 230-232. 2007.

KICKBUSCH, I.; BERGER, C. Diplomacia da Saúde Global. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-24, mar. 2010.

KINDLEBERGER, Charles. **The World in Depression**. Penguin Books, London, 1973.

KRASNER, Stephen. **International Regimes**. Ithaca: Cornell University Press, 1983.

KRATOCHWIL, Friedrich. **Rules, norms and decisions: on the conditions of practical and legal reasoning in international relations and domestic affairs**. Cambridge: Cambridge University Press. 1989

LAFER, Celso. Novas dimensões da Política Externa Brasileira. **Anpocs**. 1987. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_03/rbcs03_05.htm>. Acesso em : 5 jan. 2015.

LAFER, Celso. Discurso do Senhor Ministro de Estado das Relações Exteriores, Embaixador Celso Lafer - IV Conferência Ministerial da Organização Mundial do Comércio (OMC), Doha, Catar, 9 de novembro de 2001. **Resenha de Política Exterior do Brasil**, ano 28, n. 89, 2º Semestre. 2001.

LAMPREIA, Luiz Felipe. A Política Externa do Governo FHC: continuidade e renovação. **Revista Brasileira de Política Internacional**, v. 41, n. 2. 1998.

LAMPREIA, Luiz Felipe. **Diplomacia brasileira**. Rio de Janeiro: Lacerda, 1999.

LANCASTER, Carol. **Foreign aid**: diplomacy, development, domestic politics. Chicago: University of Chicago Press, 2007.

LECHINI, Gladys. O Brasil na África ou a África no Brasil? – A construção da política africana pelo Itamaraty. **Nueva Sociedad**, outubro 2008. Disponível em: <<http://www.cebri.com.br/midia/documentos/318.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

LEITE, Iara. Cooperação Sul-Sul: conceito, história e marcos interpretativos. **Observador Online**, v. 7, n. 3. 2012.

LEITE, Patrícia Soares. **O Brasil e a cooperação sul-sul em três momentos de política externa**: os governos Jânio Quadros/João Goulart, Ernesto Geisel e Luiz Inácio Lula da Silva. Brasília: Fundação Alexandre Gusmão, 2011.

LIMA, Maria Regina Soares de. Na trilha de uma política externa afirmativa. **Observatório da Cidadania**. 2003. Disponível em: <http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/en/panorbrasileirog2003_bra.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2015.

LIMA, Maria Regina Soares de. Instituições Democráticas e Política Exterior. **Revista Contexto Internacional**, v. 22, n. 2, jul/dez. 2000.

LIMA, Maria Regina Soares de Lima. A política externa brasileira e os desafios da cooperação Sul-Sul. **Rev. bras. polít. int.**, Brasília, v. 48, n.1, jan./jun. 2005.

LIMA, Melina Moreira Campos. **Horizontalização da Política Externa Brasileira no Século XXI**: um estudo das atuações da Embrapa e da Fiocruz na África. Dissertação (Mestrado em Economia Política Internacional)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro,

2012a.

LIMA, Melina Moreira Campos. A multiplicação de atores governamentais na diplomacia brasileira: um estudo da participação de instituições públicas nacionais em projetos na África. 1º Seminário Nacional de Pós-graduação da Associação Brasileira de Relações Internacionais, **Anais...** 12 e 13 julho, Brasília, 2012b.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LIMA, Thaísa G. F. M. S.; CAMPOS, Rodrigo P. O perfil dos projetos de cooperação técnica brasileira em aids no mundo: explorando potenciais hipóteses de estudo. **RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 119-133, mar. 2010.

LOPES, Luara Landulpho Alves. O Brasil no regime da cooperação internacional para o desenvolvimento: quoi de neuf? 3º Encontro Nacional Associação Brasileira de Relações Internacionais. **Anais...** 2011. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000122011000300008&script=sci_arttext#nt2>. Acesso em: 20 jan. 2013.

LOWY, Ilana. Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialistas da Fundação Rockefeller no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 5, n. 3, p. 647-77. 1998.

LOWY, Ilana. **Vírus, Mosquitos e Modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. RJ: Editora Fiocruz, 2006.

LULA DA SILVA, Luiz Inácio. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, por ocasião do almoço oferecido pelo Presidente da República da Botsuana, Festus Mogae Gaborone-Botsuana**. 11 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/1o-mandato/2006/1o-semester/11-02-2006-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-por-ocasio-do-almoco-oferecido-pelo-presidente-da-republica-da-botsuana>>

festus-mogae/view>. Acesso em: 15 jan. 2016.

LULA DA SILVA, Luiz Inácio. Discurso do presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de formatura dos novos diplomatas. Palácio do Itamaraty. 02 de maio de 2007. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2007/1o-semester/02-05-2007-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-na-cerimonia-de-formatura-dos-novos-diplomatas/view>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LULA DA SILVA, Luiz Inácio. Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de abertura da 10a Edição Michelin Challenge Bibendum no Brasil. Rio de Janeiro-RJ, 31 de maio de 2010a. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2010/1o-semester/31-05-2010-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-na-cerimonia-de-abertura-da-10a-edicao-michelin-challenge-bibendum-no-brasil/view>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LULA DA SILVA, Luiz Inácio. Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, durante sessão de abertura da Cúpula Brasil-Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (Cedeao). Ilha do Sal, Cabo Verde, 03 de julho de 2010b. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2010/2o-semester/06-07-2010-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-durante-almoco-oferecido-pelo-presidente-do-quenia/view>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

LULA DA SILVA, Luiz Inácio. Declaração à imprensa do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, durante visita do primeiro-ministro da Turquia, Recep Tayyip Erdogan. Palácio Itamaraty, 27 de maio de 2010c. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/2o-mandato/2010/1o-semester/27-05-2010-declaracao-a-imprensa-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-durante-visita-do-primeiro-ministro-da-turquia/view>>. Acesso em: 20 jan. 2016

MANNING, Richard. Will “Emerging Donors” Change the Face of Development Cooperation? **Development Policy Review**, v. 24, n. 4, p. 371-385. 2006.

MAWDSLEY, Emma. **From Recipients to Donors**: emerging powers and the changing development ladscape. London, New York: Zed Books, 2012.

MADSWLEY, Emma; SAVAGE, Laura; KIM, Sum-MI. A ‘post-aid world’? Paradigm shift in foreign aid and development cooperation at the 2011. **The Geographical Journal**, v. 180, Issue 1, p. 1-12. 2014.

MARCON, João Paulo Falavinha. A política externa do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) como eixo de inserção internacional do Brasil. III Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política – UFPR, **Anais...** Curitiba, 31 de julho de 2013 a 02 de agosto. 2013.

MIRANDA, Carla Leal Lourenço de. **Relações Internacionais e desenvolvimento local**: uma análise da Cooperação Técnica Brasil-Alemanha (1987-2003). Dissertação (Mestrado em Relações Internacionais)- UNB, Brasília, 2004.

MCINNES, Colin; LEE, Kelley. **Global Health and International Relations**. UK: Polity Press, 2012.

MELLO E SOUZA, André de. Defying globalization: effective self-reliance in Brazil. In: HARRIS, P. G.; SIPLON, P. D. (Eds.). **The global politics of AIDS**. Boulder, Colo: Lynne Rienner Publishers, 2007.

MELLO E SOUZA, André de. O Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS): implicações e possibilidade para a saúde pública no Brasil. **Texto para discussão**, n. 1615. Rio de Janeiro: Ipea, 2011.

MENDONÇA JÚNIOR, Wilson. **Política Externa e Cooperação Técnica**: as relações do Brasil com a África durante os anos FHC e Lula da Silva. Belo Horizonte: D’Plácido Editora, 2013.

MILANI, Carlos. Evolução Histórica da Cooperação Norte-Sul. In:

SOUZA, André de Mello. (Org). **Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento**. Brasília: Ipea, 2014.

MILANI, Carlos; PINHEIRO, Leticia. (Orgs). **Política externa brasileira: a política das práticas e as práticas da política**. Rio de Janeiro: FUNAG, 2012.

MILNER, Helen. International theories of cooperation: strengths and weaknesses. **World Politics**, v. 44, n. 3, p. 466-496. 1992.

MILNER, Helen. **Interests, Institutions, and Information: Domestic Politics and International Relations**. Princeton: Princeton University Press, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Programa Nacional de DST/AIDS**, Brasília, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL / ASSESSORIA DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE. **Relatório de gestão 2009 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL / ASSESSORIA DE ASSUNTOS INTERNACIONAIS DE SAÚDE. **Relatório de gestão 2010 da Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Portal da saúde**. Assessoria de Assuntos Internacionais de Saúde (AISA). 09 set. 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/281-aisa/12-aisa/319-texto-apresentacao-aisa>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES DO BRASIL. **Discurso do Ministro Antônio de Aguiar Patriota**, em Roma, 24 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.itamaraty.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2651:seminario-cooperacao-tecnica-brasileira-agricultura-seguranca-alimentar-e-politicas-sociais&catid=42&Itemid=280&lang=pt-BR>. Acesso: 22 out. 2015.

MORGENTHAU, Hans. **A política entre as nações**: a luta pelo poder e pela paz. Brasília: EdUnb/Ipri, 2003.

MOURA, Gerson. **Autonomia na dependência**: a política externa brasileira de 1935 a 1942. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

NAÇÕES UNIDAS. **Guía para la cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD)**: oferta y directorio de instituciones. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 1988.

NETHIS - Núcleo de Estudos Sobre Bioética e Diplomacia em Saúde. **Cooperação Sul-Sul e Diplomacia em Saúde (OLD)**. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/pt/documentos-sobre-diplomacia-em-saude/>>. Acesso em: 12 dez. 2015.

NOGUEIRA, João Pontes; MESSARI, Nizar. **Teoria das relações internacionais**: correntes e debates. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

NOGUEIRA VIANA, J. M. Intellectual property rights, the world trade organization and public health: the Brazilian perspective. **Connecticut Journal of International Law**, n. 311. 2002.

NOVAES, Hillegonda et al. The Potential Demand for an HIV/AIDS Vaccine in Brazil. **World Bank Policy Research Working Paper**, 2002. Disponível em: <<http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/1813-9450-2940>>. Acesso em: 13 jul. 2015.

NYE, Joseph S. **Soft Power**: The Means to Success in World Politics. New York: Public Affairs, 2004.

NYE, Joseph S. **Cooperação e conflito nas relações internacionais**: uma leitura essencial para entender as principais questões da política mundial. São Paulo: Editora Gente, 2009.

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development. **Task Team on South-South Co-operation**. Disponível em: <http://www.oecd.org/document/51/0,3746,en_2649_3236398_4338552_3_1_1_1,00.html>. Acesso em: 12 mar. 2013.

OLIVEIRA, Gesner; TUROLLA, Frederico. Política econômica do segundo governo FHC: mudança em condições adversas. **Tempo Social**, São Paulo, v. 15, n. 2, nov. 2003.

OLIVEIRA, Henrique Altemani de. **Política externa brasileira**. São Paulo: Saraiva, 2005.

OLIVEIRA, Marcelo F. de. Multilateralismo, democracia e política externa no Brasil: contenciosos das patentes e do algodão na Organização Mundial do Comércio (OMC). **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./jun. 2007.

OLIVEIRA, Marcelo F. de; MORENO, Fernanda V. Negociações comerciais internacionais e democracia: o contencioso Brasil x EUA das patentes farmacêuticas na OMC. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1. 2007.

OLIVEIRA, Odete Maria de. **Relações Internacionais**: estudos de Introdução. Curitiba: Juruá, 2001.

ONU BR - Nações Unidas do Brasil. **ONU**: Número de pessoas recebendo tratamento contra HIV na África passa de 1 para 7 milhões em 7 anos. 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/onu-numero-de-pessoas-recebendo-tratamento-contr-hiv-na-africa-passa-de-1-para-7-milhoes-em-7-anos/>>. Acesso em: 24 maio 2014.

ONUF, Nicholas Greenwood. **World of our making**: rules and rule in social theory and international relations. Columbia, S.C.: University of South Carolina Press. 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferência Pan-americana sobre Planificação de Recursos Humanos em Saúde** (Ottawa, Canadá, 1972). Washington, D.C.: Opas, 1972.

ORSI, F. et al. Intellectual property rights, anti-AIDS policy and generic drugs: lessons from the Brazilian public health program. In: CORIAT, B. et al. **Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries, issues and challenges**. Paris: ANRS Editions, 2003.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **A Organização Pan-americana da Saúde (Opas) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-70)**. Texto preliminar do projeto História da Cooperação Técnica de Recursos Humanos no Brasil. 2004. Disponível em: <www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/producao/arquivos/OPAS.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

PAÍSES DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA. **Ata final do 2º Encontro de Ministros da Saúde dos Países de Língua Oficial Portuguesa**. Rio de Janeiro: PALOP, 1994

PARK, Kang-Ho. New Development Partners and a Global Development Partnership. In: KHARAS, MAKINO, Koji; JUN, Woojin (Eds.) **Catalyzing Development: A New Vision for Aid**. Washington, D.C.: Brookings Institution Press, 2011.

PASQUALIN, Livia de Oliveira; VENTURA, Carla Aparecida Arena. Projetos realizados pelo Brasil na área da Saúde com financiamento do Banco Mundial. 6º Congresso do Instituto Franco-Brasileiro de Administração de Empresas, **Anais...** p. 431- 443. 2011.

PEARSON, Lester B. **Sócios no Progresso**: Relatório da Comissão de Desenvolvimento Internacional. Rio de Janeiro: APEC Editora S.A., 1971.

PEÇANHA, A. M. M. **Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fsesp)**: um estudo de desenvolvimento institucional. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getulio Vargas, 1976.

PECEQUILO, Cristina S. A política externa do Brasil no século XXI: os eixos combinados de cooperação horizontal e vertical. **Revista Brasileira de Política Internacional**, Brasília, v. 51, n. 2, jul./dez. 2008.

PEREIRA, João Mendes. **Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro**. São Paulo: Ed. Civilização, 2010.

PINHEIRO, Letícia. Os véus da transparência: política externa e democracia no Brasil. Seminário Política Externa do Brasil para o

século XXI. **Anais...** Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

PIRES-ALVES, Fernando. Informação científica, educação médica e políticas de saúde: a Organização Pan-Americana da Saúde e a criação da Biblioteca Regional de Medicina – Bireme. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, maio/jun. 2008.

PIRES-ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A. **Recursos críticos**: história da cooperação técnica Opas - Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PNUD. **Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

PORTAL BRASIL. **No governo Lula, importações cresceram mais que exportações**. 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2010/12/no-governo-lula-importacoes-cresceram-mais-que-exportacoes>>. Acesso em: 18 dez. 2015.

PUENTE, Carlos Alfonso Iglesias. **A cooperação técnica horizontal brasileira como instrumento da política externa**: a evolução da cooperação técnica com países em desenvolvimento – CTPD – no período 1995-2005. Brasília: FUNAG, 2010.

REDEBHL-BR. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home&id=sp>> Acesso em: 10 jan. 2016.

RIBEIRO, C. O. A política africana do governo Lula: (2003-2006). **Tempo Social**, v. 21, p. 185-209. 2010.

RIST, Gilbert. **The history of development from Western origins to global faith**. London, New York: Zedbook, 1997.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **O Banco Mundial e as Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Campinas, Campinas, 2000.

ROA, Alejandra Carrillo Roa; SILVA, Felipe Ricardo Baptista e. A Fiocruz como ator da política externa brasileira no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa: uma história revelada. **Hist. Cienc. Saúde**, Manguinhos, v. 22, n. 1, jan./mar. 2015.

ROOT, F. A requisite for the success of Popular Diplomacy. In: HOGE, J. F.; ZAKARIA, F. **The American encounter**: United States and the making of the modern world. New York: Basic Books, 1997.

ROSENAU, James N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENAU, James. N; CZEMPIEL, Ernest-Otto (Orgs). **Governança sem Governo**: ordem e transformação na política mundial. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

ROSTOW, Walt W. **The Stages of Economic Growth**: A Non-Communist Manifesto. Cambridge: Cambridge University Press, 1960.

ROWLANDS, D. **Emerging Donors in International Development Assistance**. A Synthesis Report; One of five reports on the role played by emerging economies in funding international development. Ottawa, Canadá, 2008. International Development Research Centre: IDRC, Dec. 2008.

RUBARTH, Ernesto O. **A diplomacia brasileira e os temas sociais**: o caso da saúde. Brasília: Instituto Rio Branco. 1999.

RUGGIE, John. **Constructing the World Polity**: Essays on international institutionalization. New York/London: Routledge, 1998.

SAINT-PIERRE, Abade. **Projeto para tornar perpétua a paz na Europa**. Brasília: Funag/Ipri/Unb, 2003.

SÁNCHEZ, Erick Román. **Cooperación y Desarrollo**: Nueve Preguntas sobre el Tema. Amycos, 2002.

SANCHEZ-BADIN, M.; FRANÇA, C. **A inserção internacional do poder executivo federal brasileiro**. São Paulo: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2010.

SANTANA, Ivo de. **Relações Econômicas Brasil-África**: a Câmara de

Comércio Afro - Brasileira e a Intermediação de Negócios no Mercado Africano. **Estudos Afro - Asiáticos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 517-555. 2003.

SANTANA, J. F. N. Paranaguá de. **Cooperação Sul-Sul na área da saúde**: dimensões bioéticas. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-UNB, Brasília, 2012.

SANTOS, Michelle Silva; LUCENA, Andréa Freire de. **O Brasil e o Regime Internacional de Combate ao HIV/Aids**. SEBREEI, 21 a 23 de Maio de 2013. Porto Alegre/RS, Brasil. 2013. Disponível em: <http://www.sebreei.eventos.dype.com.br/resources/anais/21/1371512333_ARQUIVO_OBrasileoRegimeInternacionaldeCombateaoHIV_Aids_MichelleSSantos_fundoalterado.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

SANTOS, Thauan. El rol brasileño en La integración regional y en La cooperación sur-sur em El siglo XXI. **Densidades**, n. 11, p. 107-120. 2012.

SARAIVA, José Flávio Sombra. **O Lugar da África**: a dimensão atlântica da política externa brasileira (de 1946 a nossos dias). Brasília: Editora da UnB, 1996.

SARFATI, Gilberto. **Teorias de Relações Internacionais**. São Paulo: Saraiva, 2005.

SATO, Eiiti. Cooperação internacional: uma componente essencial das relações internacionais. **RECHS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 46-57, mar. 2010.

SATO, Jin. “Emerging Donors” from a Recipient Perspective: an Institutional Analysis of Foreign Aid in Cambodia. **World Development**, v. 39, n. 12, p. 2091-2104, dec. 2011.

SAUDE AMANHA. **4ª Reunião de Ministros da Saúde dos países BRICS**. 2015. Disponível em: <<http://saudeamanha.fiocruz.br/4a-reuniao-de-ministros-da-saude-dos-pa%C3%ADses-brics>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

SEITENFUS, Ricardo A. S. **Manual das Organizações Internacionais**. Porto Alegre: Liv. Advogado, 2005.

SEITENFUS, Ricardo A. S. Elementos para uma diplomacia solidária: a crise haitiana e os desafios da ordem internacional contemporânea.

Carta Internacional, v. 1, p. 5-12. 2006. Disponível em:

<<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3EXw0a3fsiIJ:cartainternacional.abri.org.br/index.php/Carta/article/download/248/94+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br&client=safari>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

SENNES, R. U. Potência média recém industrializada: parâmetros para analisar o Brasil. **Contexto Internacional**, v. 20, n. 2, p. 385-411. 1998.

SENNES, R. U. **As mudanças da política externa brasileira nos anos 80**: Uma potência média recém industrializada. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

SHOLZE, Simone H. C. Política de patentes em face da pesquisa em saúde humana: desafios e perspectivas no Brasil. In: PICARELLI, Márcia F.; ARANHA, Márcio (Orgs). **Política de patentes em saúde humana**. São Paulo: Atlas, 2001.

SIDDIQI, Javed. **World Health and World Politics**: The World Health Organization and the UN System. Columbia: University of South Carolina Press, 1995.

SILVA, Carlos Eduardo Lins da. Política e comércio exterior. In: LAMOUNIER, Bolívar; FIGUEIREDO, Rubens. **A era FHC**: um balanço. São Paulo: Cultura, 2002.

SILVA, Natália C. R. **A atuação da Fiocruz na cooperação técnica entre Brasil e África no governo Lula**: de 2003 a 2007. Monografia. Curso de Relações Internacionais da Universidade Católica de Brasília. Brasília: PUC Brasília, 2009.

SOARES, Guido F. S. A cooperação técnica internacional. In: MARKOVITCH, Jacques. (Org). **Cooperação Internacional**: estratégia e gestão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994.

SOARES, N. R. F.; MOTTA, M. F. V. As políticas de saúde, os movimentos sociais e a construção do Sistema Único de Saúde. **Revista de Educação Pública**, Cuiabá, v. 6, p. 215-228. 1997.

SOARES, Sandra Pereira, et al. Globalização, Inovação e Desenvolvimento: o Complexo Econômico e Industrial da Saúde (CEIS) e o Papel do Estado nos Cenários Nacional e Internacional. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1. 2013. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/596/144>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

SOUTO MAIOR, L. A. P. Dois anos de “presença soberana”: uma reflexão sobre a política externa do Governo Lula. **Cena Internacional**, v. 6, n. 2. 2004.

SUPPO, Hugo R.; LESSA, Mônica Leite. O estudo da dimensão nas Relações Internacionais: contribuições teóricas e metodológicas. In: LESSA, Mônica Leite; GONÇALVES, Williams da Silva. **História das Relações Internacionais: Teoria e Processos**. Rio de Janeiro, EdUERJ, 2007. p. 223-250.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916**. RJ: Fiocruz, 1995.

UNAIDS - Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **Tratamento 2015**. ONU-SIDA. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2484_treatment-2015_pt.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2015.

UNDP - United Nations Development Programme. **Capacity Development: Technical Advisory Paper n. 2**. Management Development and Governance Division, Bureau for Policy Management, New York. 1997. Disponível em: <<http://mirror.undp.org/magnet/Docs/cap/Capdeven.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

UNOSSC - United Nations Office for South-South Cooperation. **What Is South-South Cooperation?** Disponível em:

<http://ssc.undp.org/content/ssc/about/what_is_ssc.html>. Acesso em: 12 mar. 2013.

UNSASUL - Conselho de saúde. Disponível em: <<http://www.isags-unasur.org/estrutura.php?lg=1>>. Acesso em: 14 out. 2015.

VALLER FILHO, Wladimir. **O Brasil e a crise haitiana**: a cooperação técnica como instrumento de solidariedade e de ação diplomática. Brasília: Funag, 2007.

VAZ, Alcides Costa; INOUE, Cristina Y. A. **Emerging Donors in International Development Assistance**: The Brazil Case. International Development Research Centre, Dez. 2007.

VENTURA, Deisy. Saúde pública e política externa brasileira. **Conectas Direitos Humanos**, v. 10, n. 19, dez. 2013.

VIANA, Suhayla M. K. **Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e Interesses Organizados**: os Atores Privados na Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento Brasileira. Tese (Doutorado em Relações Internacionais do Instituto de Relações Internacionais)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. A política externa de Lula da Silva: a estratégia da autonomia pela diversificação. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2. 2007.

VIGEVANI, Tullo; CEPALUNI, Gabriel. **A política externa brasileira**: a busca da autonomia, de Sarney a Lula. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

VIGEVANI, Tullo; OLIVEIRA, Marcelo F.; CINTRA, Rodrigo. Política externa no período FHC: a busca de autonomia pela integração. **Tempo Social**, v. 15, n. 2. 2003.

VIZENTINI, Paulo G. Fagundes; PEREIRA, Analúcia Danielevicz. **A política africana do governo Lula**. Núcleo de Estratégia e Relações Internacionais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/nerint/folder/artigos/artigo40.pdf>>. Acesso em:

09 abr. 2013.

YOUDE, Jeremy. **Global Health Governance**. Malden, MA: Polity Press, 2012.

WALTZ, Kenneth. **Theory of international politics**. Reading: Addison-Wesley, 1979.

WALZ, Julie; RAMACHANDRAN, Vijaya. Brave New World: a literature review of emerging donors and the changing nature of foreign assistance. **Center for Global Development**, Working Paper n. 273, nov. 2011.

WEINDLING, Paul. As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940. **História, ciência e saúde**, Manguinhos, v. 13, n. 3, jul/set. 2006.

WENDT, Alexander. Anarchy is what states make of it: the social construction of power. **International Organizations**, v. 46, n. 2. 1992.

WENDT, Alexander. **Social Theory of International Politics**. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

WHO - World Health Organization. **Definitions**: emergencies. Disponível: <<http://www.who.int/hac/about/definitions/en/>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

WORLD BANK. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/en/country/brazil/projects/all?qterm=&os=500>>. Acesso em: 22 out. 2014.

ZARPELON, Janiffer T. G. Governança Global na área da Saúde e a Influência do Medo: estudo sobre a OMS e a AIDS. **Relações Internacionais no Mundo Atual**, v. 1, n. 15. 2012.

ZARPELON, Janiffer T. G. A diplomacia da saúde brasileira: Cooperação Sul-Sul no governo Lula (2003-2010). **Revista Mundorama**, jul. 2013.

ANEXO I - Gastos do governo federal com a cooperação técnica internacional, por região ou país – Cobradi (2010) (Em R\$)

Região/país	Valor
Haiti	9.953.934
Peru	5.361.837
São Tomé e Príncipe	5.160.787
Moçambique	5.093.786
Jamaica	3.311.048
Cabo Verde	2.976.507
Timor-Leste	2.911.236
Guatemala	2.855.426
Guiné-Bissau	2.762.667
Argentina	2.088.814
Paraguai	1.938.941
Bolívia	1.743.313
Cuba	1.542.666
Senegal	1.259.347
Angola	1.237.285
Libéria	1.212.836
Venezuela	1.209.782
Uruguai	1.067.144
Suriname	1.013.901
Colômbia	997.119
Mali	992.558
El Salvador	935.142
México	827.402
Burkina Faso	792.312
Território Palestino	791.207
Argélia	659.371
Benin	658.915
República Dominicana	639.065
Equador	584.301
Quênia	565.750
Chade	555.980
Gana	523.151

Serra Leoa	462.171
Panamá	440.946
Armênia	363.109
África do Sul	317.274
Costa Rica	306.322
Tanzânia	293.943
Chile	284.223
República Democrática do Congo	222.896
Nicarágua	219.849
República do Congo	214.321
Afeganistão	199.507
Guiana	184.388
Sudão	174.449
Camarões	172.175
Marrocos	172.140
Gabão	168.447
Zâmbia	162.755
Botsuana	160.966
Namíbia	157.851
Mauritânia	153.983
China	143.612
Nigéria	129.303
Guiné Equatorial	127.868
Espanha	124.929
Zimbábue	116.047
Arábia Saudita	104.784
Santa Lúcia	103.814
Belize	103.331
Cazaquistão	102.553
Granada	97.560
Trinidade e Tobago	74.637
Israel	72.188
Coreia do Norte	62.909
Paquistão	55.211

Eritreia	53.538
Togo	49.936
Vietnã	49.877
Rússia	48.157
Guiné	46.616
Uganda	45.203
Egito	45.038
Tunísia	42.785
Costa do Marfim	41.552
Índia	36.246
Honduras	33.844
Ucrânia	33.305
Gâmbia	30.109
Malawi	28.200
Comores	28.018
São Vicente e Granadinas	22.088
Bahamas	21.834
Lesoto	20.439
Madagascar	20.439
Ruanda	18.554
Coreia do Sul	9.687
Etiópia	9.641
Jordânia	7.204
Irã	6.758
Cingapura	5.740
Ilhas Maurício	5.671
Suazilândia	5.671
Emirados Árabes Unidos	4.530
Tailândia	3.156
Indonésia	2.418
Líbano	1.572
Burundi	1.536
Polônia	318
Total	71.253.671

Fonte: IPEA/ABC (2013, p. 29-32).

**ANEXO II - Entrevista concedida por Deolinda Rugeiro Cruz,
Coordenadora do Gabinete de Cooperação e Relações Externas do
Instituto de Higiene e Medicina Tropical em Maio de 2014**

1. Como é que o IHMT se envolveu na rede de instituições do GT da PECS do CPLP?

“O IHMT/UNL é um Órgão Consultivo da CPLP e foi posteriormente convidado pelo Secretário Executivo para Assessor Técnico do Grupo Saúde, juntamente com a FIOCRUZ”.

2. Os encontros com as redes consultivas na CPLP são realizados de quanto em quanto tempo? E como são convocados, ou seja, quem pode e usa do direito de iniciativa para convocar um encontro da rede?

“As redes não têm datas certas para reunir e fazem-no em acordo interno e com base nos trabalhos desenvolvidos e na Agenda definida. Todas elas têm um Coordenador.”

3. Quais são os principais assuntos objeto de preocupação e discussão na CPLP na área da saúde e para as instituições envolvidas nessa parceria consultiva?

“Os assuntos em discussão nas Reuniões plenárias do Grupo Saúde estão inseridos no Plano Estratégico, agrupados em Eixos estratégicos que tiveram o acordo e que revelam as preocupações de todos os países envolvidos.”

4. Em que consistem essas parcerias, ou seja, que tipo de atividades/ações concretas são implementadas e coordenadas pela instituição?

“O IHMT/UNL e a FIOCRUZ apoiam o Secretariado Executivo na elaboração de documentos, nas discussões técnicas com os Representantes dos países e sempre que solicitados a apoiar qualquer projeto em curso.”

5. Qual a função do IHMT nessa rede de cooperação consultiva da PECS ? E das outras instituições?

“Respondi na 4. Acrescento que sempre que necessário e para além ds reuniões regulares IHMT/UNL tem contactos directos com todos os Palop e presta apoio técnico sempre que necessário.”

6. Como você classificaria a participação do IHMT nessa cooperação consultiva? E das outras instituições?

“O IHMT/UNL considera este trabalho de grande relevância pois vai ao encontro da nossa matriz e da Estratégia definida.”

7. Qual o interesse do IHMT, ou de outra das instituições participantes, em pertencer a uma rede como a PECS da CPLP? Vantagens e desvantagens?

“A vantagem é de poder colaborar e trocar experiências que enriquecem tecnicamente as Instituições. O IHMT/UNL privilegia a abertura ao Mundo principalmente aos povos das regiões tropicais. Sentir que se pode contribuir para o reforço das Instituições é para nós uma satisfação e o cumprir de um objetivo.”

8. Na dinâmica de cooperação, consegue identificar instituições líder no processo? E essa liderança é caso a caso ou é permanente, independentemente do tema?

“Sem falsas modéstias acho que tanto o IHMT como a FIOCRUZ são Instituições líderes no PECS, mas os Ministérios da Saúde de cada Estado Membro e o Secretariado Executivo da CPLP são as peças fundamentais.”

9. No seu entender, qual a importância de redes desta natureza na obtenção de melhorias na área da saúde nos países menos desenvolvidos?

“A discussão dos assuntos em Grupos especializados, desenvolve os conhecimentos, traz novas ideias e permite a troca de experiências em diferentes desenvolvimentos, contribuindo para o reforço da cada país ou instituição representada.”

10. E faria alguma alteração a esta rede em concreto para a tornar mais efetiva? Se sim, qual? Se não, porque não?

“O 1º PECS foi uma inovação mas também uma aprendizagem. Pela 1ª vez surgiu um documento estruturado que levantava questões nunca discutidas a nível do espaço CPLP. Foi avaliado e confirmou-se a sua importância e a metodologia vai prosseguir até 2016. O método é bom mas obviamente é dinâmico e não estático e pode sempre ser aperfeiçoado.”

ANEXO III - Entrevista realizada por Melina M. Campos de Lima (2012a, p. 135-141) com Luiz Eduardo Fonseca, responsável pela divisão de África do Centro de Relações Internacionais em Saúde (CRIS) da FIOCRUZ

1 – Como e quando surgiu o programa de cooperação técnica da instituição com a África? Quais os países escolhidos e qual o critério de seleção?

“Desde os anos 80 a Fiocruz já vinha recebendo, sem nenhuma sistematização ou programação, alunos avulsos oriundos de países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs), o que, de certa maneira, já divulgava o nome da instituição junto a esses países. Por outro lado, nessa mesma época, diversos técnicos da Fiocruz tiveram oportunidade de desenvolver experiência profissional de trabalho em países africanos, através de organizações internacionais como a OMS, UNICEF e Cruz Vermelha. Entretanto, todas essas atividades não eram sistematizadas nem absorvidas pela instituição de maneira mais programática.”

“Em 1994, foi realizado na Fiocruz o Ilo Encontro de Ministros da Saúde dos PALOPs. Esse evento incentivou a FIOCRUZ a que, em 1995, junto com a Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde (AISA) e a Agência Brasileira de Cooperação (ABC- MRE), fosse elaborado um projeto para diagnóstico situacional e dar uma orientação para uma programação futura de cooperação em saúde com os PALOPs. Esse projeto foi financiado pela Fundação Perez Guerreiro do PNUD em 1997.”

“Em 1999, através da ABC-MRE, a Cooperação Japonesa (JICA) financiou a capacitação de tutores em cinco áreas especializadas da saúde pública (gestão, epidemiologia, administração hospitalar, saúde mental e biossegurança). Nos mesmos moldes, um projeto que já era financiado pela JICA para capacitação em saúde do trabalhador, passou a partir de 2000, a abrir vagas para alunos dos PALOPs. Ainda nos primeiros anos de 2000, a Fiocruz trabalhou estreitamente com a Unidade de DST-AIDS do Ministério da Saúde para orientação capacitação de profissionais em diagnóstico, manejo, monitoramento e avaliação de pacientes e ações em HIV-AIDS.”

“Em 2001, o governo Lula passa a ter como política de governo o reforço da cooperação com a África e a América do Sul e essa política é adotada tanto pelo Ministério da Saúde como pela Fiocruz, que buscando mais financiamento arranca com seus projetos para os PALOPs. O Brasil

injeta recursos na CPLP e em 2003, a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) começou a financiar um projeto de capacitação em formulação de currículos para educação permanente de trabalhadores da saúde para todos os PALOPs. Em 2005, inicia-se a discussão e elaboração de um projeto maior de levar cursos de mestrado em saúde pública e ciências da saúde para Angola e Moçambique, respectivamente. Amplia-se também contatos e projetos na área do ensino técnico para profissionais de saúde com todos os PALOPs e, em parceria com a Associação Internacional de Institutos Nacionais de Saúde (IANPHI), amplia-se a cooperação para o reforço do INS de Moçambique e a criação do INS da Guiné Bissau.”

“Portanto, apesar do interesse da Fiocruz em cooperar com países africanos, por questões de facilidade de comunicação e de políticas de governo, voltou-se mais para os países de língua portuguesa, para os quais se desenvolveu um projeto institucional de cooperação focando apoiar e capacitar instituições estruturantes dos sistemas de saúde nacionais (centros de formação em saúde pública e institutos nacionais de saúde).”

2 – A iniciativa parte geralmente de quem? Do país que demanda ajuda, do poder executivo brasileiro ou da própria instituição?

“O governo de Itamar Franco lançou a primeira iniciativa brasileira de uma política em relação à criação de uma CPLP que acabou se desdobrando em diversas outras iniciativas localizadas e temáticas, como criação de uma ortografia comum, de acervos históricos e culturais comuns e de reuniões setoriais, como aconteceu com a saúde em 1994. Sempre houve uma retórica que reforça a opção brasileira por uma cooperação não induzida e a criação da CPLP foi um passo decisivo nesse sentido. Entretanto é muito tênue o limite entre os interesses da oferta e da demanda, existe sempre um misto de interesses (de governos e de instituições) que procura sempre respeitar as políticas nacionais e os interesses institucionais de cada país, que para efeito da cooperação internacional deve ser expresso pelos governos nacionais.”

3 – A instituição tem autonomia para iniciar um projeto de cooperação ou é necessário o aval de outros órgãos, como o Itamaraty? Quais são os trâmites burocráticos para um projeto de cooperação técnica se concretizar?

“As instituições, tanto brasileiras como africanas, têm autonomia para iniciar uma negociação que tenha como meta um projeto conjunto.

O encaminhamento e o envolvimento de outros órgãos de governo (Senado, Câmara, MRE e Ministérios) depende da extensão e da origem dos recursos, assim como das necessidades de apoio que se espera de cada um desses setores. Pode acontecer de uma instituição negociar os termos de um projeto com outra instituição africana e ter que pedir apoio de recursos à ABC/MRE. A maioria das vezes, os países encaminham seus pedidos às embaixadas brasileiras no exterior e essas reencaminham os pedidos à ABC/MRE que procura as instituições relacionadas ao assunto. Há casos em que o governo tem interesse em ampliar as relações diplomáticas com algum país (africano) e forma-se uma missão com representantes de diferentes instituições de distintos setores para uma prospecção de futuros projetos de cooperação. Os limites burocráticos para um projeto se realizar são dados sempre pelas fontes financiadoras.”

4 – A Agência de Brasileira de Cooperação, que faz a intermediação de vários projetos de cooperação técnica, também atua nos projetos da FIOCRUZ?

“A ABC-MRE não atua em nenhum projeto, ela não é uma instituição executora, ela é uma agência fomentadora, ou seja, com capacidade de financiamento de projetos de cooperação técnica (não está aí incluído outros tipos de cooperação como comercial, educacional, científico e tecnológico – no site da ABC você encontra a definição de cooperação técnica que ela utiliza). A ABC pode não ter recursos para determinado projeto e pode negociar com outra agência internacional de cooperação (bilateral ou multilateral) esse financiamento e, nesse caso, passa a ser intermediária nessa relação. A ABC recebe pedidos de projeto (existe um formulário específico para os projetos que ela financia) tanto de instituições brasileiras, que já negociaram com alguma contraparte africana, ou diretamente dos países e instituições africanas. A Fiocruz tem diversos projetos que são financiados pela ABC, mas também tem outros projetos financiados por fontes diferentes, a partir de negociações totalmente separadas da ABC.”

5 – Quais são os critérios para que projetos de cooperação sejam firmados entre a instituição e países periféricos?

“Não entendo bem o que você quer dizer com critérios. Um convênio entre instituições é firmado depois que ambas as partes leram e concordaram com ele. Já um projeto precisa primeiro ser discutido tecnicamente entre as partes. Não sei se é um critério, mas cada

instituição financiadora tem um FORMATO de projeto. No caso da cooperação prestada pela Fiocruz e financiada pela ABC, deve-se preencher o formato da ABC que inclui entre outras coisas que se descreva os resultados esperados do projeto e as atividades necessárias para se chegar a isso. O projeto tem que ter o aval do país receptor antes de qualquer assinatura.”

6 – Na sua opinião, qual o papel da participação direta do ex-presidente Lula na expansão desses projetos nos últimos 10 anos?

“Não acho que o ex-Presidente Lula tenha tido participação direta na expansão de projetos de cooperação internacional. Acredito que tenha sido uma prioridade de seu governo ampliar a cooperação com África e América do Sul. A partir dessa prerrogativa política é que houve mais fluxo de dinheiro para financiar esse tipo de atividade, expandindo assim o número de projetos.”

7 – A instituição está presente em quantos países da África atualmente?

“Temos projetos concretos acontecendo na Guiné Bissau (apoio ao Instituto Nacional de Saúde local e a um centro de formação de técnicos em saúde), em Cabo Verde (Banco de Leite e curso de técnicos em saúde), em Moçambique (mestrado em ciências da saúde, fábrica de medicamentos e instituto nacional de saúde), em Angola (projeto Pro-saúde, de apoio a rede de atenção básica em saúde), junto a CPLP como observador consultivo, na Etiópia (apoio ao curso de avaliação e monitoramento em saúde), e contatos prospectivos com Nigéria, Burkina Faso, Tunísia e Tanzânia.”

8 – Quais são os principais projetos no continente?

“Temos uma linha de trabalho de formação de pessoal africano aqui na Fiocruz que tem um peso importante em nossa folha de cooperação, tanto nos cursos regulares (especialização, mestrado e doutorado – os alunos africanos têm mecanismos de entrada nesses cursos diferenciado dos brasileiros, que facilita seu acesso, embora tenham que ter uma fonte de financiamento que os sustentem durante o curso) como latu senso (curta duração), com é o caso de um projeto de cursos em tuberculose financiado pela cooperação japonesa.”

“Para a África de língua portuguesa a Fiocruz tem apoiado fortemente o PECS/CPLP (Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa) e das redes de

instituições estruturantes em saúde (escolas técnicas, escolas de saúde pública e institutos nacionais de saúde, assim como, a rede de institutos do câncer, rede de banco de leite, entre outras) e através dessas redes temos desenvolvido os seguintes projetos:”

- Escolas Técnicas de Saúde, em Cabo Verde, Guiné Bissau e Moçambique - Escola de Saúde Pública em Angola

- Institutos Nacionais de Saúde, na Guiné Bissau (apoio a criação do INS) e Moçambique (onde já existe um INS, nossas ações incluem um Mestrado em Ciências da Saúde em Maputo e um projeto de monitoramento e avaliação também em Maputo)

- Fábrica de Medicamentos em Moçambique

9 – FIOCRUZ: Quais são os resultados em termos de acesso a medicamentos, diminuição de epidemias e capacitação profissional? Há mecanismos de aferição desse impacto?

“Atualmente, estamos preparando um estudo de avaliação da cooperação internacional da Fiocruz que deverá estar pronto até fevereiro de 2012, que dará subsídios para um seminário de avaliação institucional em março de 2012.”

10 – Como esses resultados influenciam na vida da população civil e na economia do país que recebe ajuda? Há mecanismos de aferição desse impacto ou trata-se de mera percepção?

11 – Existem posicionamentos oficiais dos governos em relação à atuação da instituição? Caso existam, eles são geralmente favoráveis ou desfavoráveis à presença da instituição em seus países?

12 – Há manifestações da população civil em relação à atuação da instituição? Elas são predominantemente favoráveis ou desfavoráveis?

“As questões 10, 11 e 12 são de difícil resposta. Não há evidências que permitam responde-las. Talvez seja necessária uma avaliação que aponte nesse sentido. O Ministério das Relações Exteriores, a partir da ABC, faz anualmente uma avaliação da cooperação internacional (você pode ter acesso através do site do MRE e da ABC), talvez nela possa ser desenvolvido algum instrumento que vise medir essas questões e mesmo o impacto da cooperação. Entretanto, os estudos já feitos podem dar uma ideia a você do montante que vem sendo gasto nessa cooperação por parte do Brasil.”

13 – Há perspectiva de expansão da presença da instituição na África nos próximos anos?

“Sim, principalmente através do PECS/CPLP que terá uma avaliação depois do primeiro período de 3 anos, em abril de 2012, e deverá ser renovado para mais um novo período de 3 anos, a partir de meados de 2012. Entretanto estamos falando somente dos países de língua portuguesa. Existe um movimento de crise financeira mundial e se essa crise avançar é certo que diminuirá o aporte financeiro para a cooperação com a África, mas que ainda é cedo para prever.”

ANEXO IV - Entrevista concedida por Sandra Pires, Assessora da Área da Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) em Maio de 2014

1. Como tem sido o papel da CPLP na cooperação em saúde entre os membros desta organização internacional?

“Com os Objetivos do Milênio, a CPLP passa a verificar que a saúde é peça fundamental para a melhora do desenvolvimento dos países. Assim, a organização tem auxiliado na promoção da cooperação em saúde entre os mesmos. Uma dessas prioridades tem sido fazer com que os países tenham seus institutos nacionais de saúde para que haja políticas públicas na área da saúde mais eficazes.

A CPLP busca realizar ações a partir da solicitação dos países membros. Um dos sucessos da cooperação em saúde da CPLP foi a criação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP em 2009 até 2012 e agora renovado. Os projetos que são realizados pela CPLP na área da saúde passam a se inserir no contexto da Cooperação Sul-Sul e financiados pelo Banco Mundial.

Um dos instrumentos utilizados pela organização tem sido as redes, no qual promove a troca de conhecimentos, de informações entre os países. Estas redes são criadas a partir das prioridades colocadas pelos países da CPLP.”

2. Quais são estas redes da CPLP na área da saúde e como funcionam?

“A criação destas redes se inserem nos eixos prioritários do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP. As principais redes são a Rede de Escolas Técnicas de Saúde (RETS) e a Rede de Institutos de Saúde Pública (RINSP).

A RETS foi criada em 2009 com o objetivo de melhorar e capacitar os profissionais técnicos na área da saúde dos países membros da CPLP. A Fiocruz por meio da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) foi escolhida para ser a coordenadora responsável por esta rede.

A RINSP foi criada depois, em fevereiro de 2011, com o objetivo de promover a criação e o fortalecimento de Institutos Nacionais de Saúde dos países membros da CPLP. A Fiocruz também foi escolhida para ser a responsável por esta rede.

Foi criada também a Rede de Investigação e Desenvolvimento em Saúde Tropical (RIDES) da CPLP, em 2006, com o objetivo de promover

a cooperação no combate as doenças infecciosas endêmicas, Foi realizado três encontros depois da sua criação, sendo a última realizada em 2009. No momento a RIDES está parada.

Outra rede recém criada é a Rede de Escolas Nacionais de Saúde Pública (RENSP) com o objetivo de promover a capacitação de gestores e gerentes dos sistemas de saúde pública dos países membros da CPLP. Como essa rede é nova ainda não foi realizado nenhum encontro.

Outra rede que a CPLP quer criar é uma rede de bibliotecas a fim de aumentar e melhorar o acesso sobre pesquisas científicas na área da saúde nos países da CPLP.”

3. Como é determinado os encontros destas redes de saúde da CPLP?

“Normalmente não há uma regra específica para a realização destes encontros. As reuniões ocorrem a pedido de algum país ou por parte da instituição responsável pela rede. No entanto, os encontros tem ocorrido pelo menos uma vez ao ano, podendo ser realizado mais de um encontro ao ano. Conforme falei, depende da necessidade dos países membros da CPLP.”

4. Quais os resultados destas redes até então?

“No contexto da RINSP, foi criado o Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) de Guiné Bissau em 2011. Em 2012 foi iniciado a implementação do Instituto Nacional de Saúde de Cabo Verde, finalizado em 2014. Timor Leste solicitou uma missão para a criação de um instituto nacional, mas não deu continuidade, retomando seu interesse para uma nova missão ao país em 2014. São Tomé e Príncipe solicitou uma missão em 2013 e está em processo de negociação para criar um instituto no país.

Sobre a RETS a cooperação tem se dado de forma mais bilateral. No entanto, a CPLP, por meio do financiamento pelo Banco Mundial, dou kit-multimídia para as principais escolas técnicas da área de saúde dos Palops. Timor Leste não manifestou interesse em receber os equipamentos, assim a doação foi apenas para os Palops.”

5. Como você considera o papel da CPLP na cooperação em saúde? Considera que deveria ser feito algo mais ser mais efetivo essa cooperação?

“A CPLP buscado promover a aproximação dos países a partir da afinidade cultural que é a língua portuguesa. No entanto, os países

são muito diferentes entre si, no contexto socioeconômico principalmente. Uma das principais dificuldades da organização é o acesso a informação. Muitos países se encontram ainda com grande instabilidade política, dificultando os resultados desta cooperação em saúde.

Mas a CPLP tem sido resultados positivos com as redes, aumentando o acesso a informação entre os mesmos, o espírito de ajuda e trocas de conhecimentos. A CPLP no entanto tem respeitado os interesses e as necessidades dos seus países membros e também procurado respeitar a realidade de cada país.”